



BACHELORARBEIT

Mathias Kappel

**Rolle der Salutogenese
im Betrieblichen
Gesundheitsmanagement**

2015

BACHELORARBEIT

Rolle der Salutogenese im Betrieblichen Gesundheitsmanagement

Autor:
Mathias Kappel

Studiengang:
Gesundheitsmanagement

Seminargruppe:
GM12wP4-B

Erstprüfer:
Prof. Dr. Volker Kreyher

Zweitprüfer:
Robert Schäfer

Einreichung:
Mannheim, 24.06.15

BACHELOR THESIS

Part of the salutogenese in Workplace Health Management

author:
Mathias Kappel

course of studies:
health management

seminar group:
GM12wP4-B

first examiner:
Prof. Dr. Volker Kreyher

second examiner:
Robert Schäfer

submission:
Mannheim, 24.06.15

Bibliografische Angaben

Kappel, Mathias:

Rolle der Salutogenese im Betrieblichen Gesundheitsmanagement

Part of the salutogenese in Workplace Health Management

44 Seiten, Hochschule Mittweida, University of Applied Sciences,
Fakultät Medien, Bachelorarbeit, 2015

Abstract

Das Thema *Rolle der Salutogenese im Betrieblichen Gesundheitsmanagement* zeigt auf, wie elementar gesundheitsförderliche Maßnahmen auf dem Salutogenese- Modell Antonovskys basieren. Dabei geht es neben der Entwicklung der Gesundheitsförderung im Allgemeinen auch um Aufbau- und Ablauforganisation von salutogenen Maßnahmen, speziell im Betrieb. Durch kritische Reflektion der aktuellen themenbezogenen Literatur wird deutlich, welche Probleme und Verbesserungspotentiale bei der Umsetzung auftreten. Darauf aufbauend werden in der Schlussbetrachtung Erfolgsfaktoren und Handlungsempfehlungen entwickelt.

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	V
Abkürzungsverzeichnis	VII
Abbildungsverzeichnis	VIII
1 Einleitung	1
2 Konzept der Salutogenese	3
2.1 Definition Gesundheit	3
2.2 Definition Krankheit.....	6
2.3 Aaron Antonovsky – Vater der Salutogenese.....	7
2.4 Salutogenetische Fragestellung	8
2.5 Salutogenese- Modell	9
2.6 Gesundheits- Krankheits- Kontinuum	10
2.6.1 Stressoren und Widerstandsressourcen	11
2.6.2 Kohärenzgefühl	12
2.6.3 Verstehbarkeit	13
2.6.4 Handhabbarkeit.....	13
2.6.5 Sinnhaftigkeit.....	13
2.7 Pathogenese- Modell.....	14
3 Prävention und Gesundheitsförderung	16
3.1 Definition Prävention	16
3.1.1 Primärprävention	17
3.1.2 Sekundärprävention	17
3.1.3 Tertiärprävention	17
3.2 Definition Gesundheitsförderung	18
3.2.1 Ottawa- Charta	19
3.3 Rechtliche Rahmenbedingungen	21
3.3.1 Gesetzliche Regelungen	21
3.3.2 Leitlinien	22
3.4 Kampagnen zur Gesundheitsförderung.....	24
4 Betriebliches Gesundheitsmanagement	25
4.1 Definition Betriebliches Gesundheitsmanagement.....	26
4.2 Sichtweisen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements	26
4.3 Aufbau- und Ablauforganisation	28

4.3.1	Strukturen	29
4.3.2	Prozesse	30
4.4	Verhaltens- und Verhältnisänderung	33
4.5	Rolle der Berufsgenossenschaft.....	34
4.6	Rolle der Betriebskrankenkassen	34
4.7	Rolle des betriebsärztlichen Dienst	34
5	Schlussbetrachtung, Erfolgsfaktoren und Handlungsempfehlungen	36
	Literatur- und Quellenverzeichnis	41
	Lebenslauf.....	IX
	Eigenständigkeitserklärung.....	XI

Abkürzungsverzeichnis

BGM	Betriebliches Gesundheitsmanagement
DGUV	Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung
GME	Gesundheitsmanagementebene
SOC	Sence of Coherence, Kohärenzgefühl
WGV	Weltgesundheitsversammlung

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Salutogenese Modell (stark vereinfacht)	9
Abbildung 2: Gesundheits- Krankheits- Kontinuum	10
Abbildung 3: Gegenüberstellung Pathogenese und Salutogenese	15
Abbildung 4: Präventionsansätze	18
Abbildung 5: Kosten-Nutzen-Rechnung betriebl. Gesundheitsförderung	26
Abbildung 6: Perspektiven des BGM	28
Abbildung 7: Wirkungsebene und Nutzenpotential	31
Abbildung 8: Implementierung eines BGM	32
Abbildung 9: Teilziele und Grundlage der Gesundheitsförderung	37
Abbildung 10: Erfolgsfaktoren und Handlungsempfehlungen.....	38

1 Einleitung

„Wer nicht jeden Tag etwas für seine Gesundheit aufbringt, muss eines Tages viel Zeit für die Krankheit opfern“ (Sebastian Kneipp).

Diese aus dem 19. Jahrhundert stammende Weisheit lässt sich problemlos auf die heutige gesellschaftspolitische Diskussion um Gesundheit und deren Förderung übertragen. Neben dem Zeitfaktor und der Erkenntnis über die Notwendigkeit der Gesundheitsförderung, sind auch die finanziellen Auswirkungen durch Gesundheit bzw. Krankheit von großer Bedeutung. Jeder präventiv investierte Euro zahlt sich durch Vorbeugen möglicher Krankheiten oder Beeinträchtigungen und damit verursachender Kosten mehrfach aus und stellt die übergeordnete Handlungsmaxime in Gesundheitsförderung und betrieblichem Gesundheitsmanagement (BGM) dar. Ausgangspunkt der vorliegenden Arbeit ist das Konzept der Salutogenese, welches vom Medizinsoziologen Aaron Antonovsky entwickelt wurde und zu einem völlig neuen Denken in Gesundheitswissenschaft und Politik konträr zur pathogenen Betrachtungsweise des Organismus geführt hat.

Daher werden in der vorliegenden Arbeit zunächst die Begrifflichkeiten Gesundheit und Krankheit voneinander abgegrenzt, da sie Eckpfeiler des komplexen Modells der Salutogenese sind. Die Darstellung und Vertiefung des Modells ist zentraler Punkt des zweiten Kapitels. Zur Veranschaulichung wird dem salutogenetischen Modell abschließend das Pathogenese-Modell gegenübergestellt.

Darauf folgend werden die Unterschiede von Prävention und Gesundheitsförderung, deren Übergänge in der Praxis fließend sind, herausgearbeitet. Dabei wird verstärkt auf die verschiedenen Präventionsarten eingegangen und der vom Gesetzgeber gesteckte rechtliche Rahmen zur Förderung von Gesundheit skizziert. Die aufgeführten Leitlinien zur Gesundheitsförderung dienen dem Bezug zur Praxis und zeigen die Handlungsschwerpunkte von Organisationen und Gremien auf. Exemplarisch wird eine Kommunikationskampagne vorgestellt.

Anschließend spannt das Kapitel *Betriebliches Gesundheitsmanagement* den Bogen zum Salutogenese-Modell und stellt den Bezug zur Aufgabenstellung: *Rolle der Salutogenese im Betrieblichen Gesundheitsmanagement*, her. Hier werden die verschiedenen Perspektiven und Handlungsfelder eines umfassenden BGM durchleuchtet und dessen Aufbau- und Ablauforganisation geschildert.

Mittels kritischer Literaturbetrachtung wird der voran gestellte Theorieteil, mit beschriebenen wissenschaftlichen und theoretischen Annahmen sowie Modellen der Gesundheitswissenschaften, hinterfragt und analysiert.

Die Schlussbetrachtung leitet aus theoretischen Grundlagen und der Literaturreflection die wesentlichen Erfolgsfaktoren für eine salutogenetische Herangehensweise im BGM ab und gibt durch kritische Hinterfragung dieser Handlungs- und Optimierungsempfehlungen.

Ferner stellt die Arbeit durch die Auseinandersetzung mit dem Modell Antonovskys die Entwicklung und Bedeutung vom salutogenetischen Grundgedanken in Prozessen der Gesundheitsförderung und aktueller gesellschaftspolitischen Themen heraus.

2 Konzept der Salutogenese

Die Entstehung des Salutogenese-Modells und der damit losgetretenen Diskussion über Gesundheitsförderung sowie dem Abrücken vom bisher vorherrschenden Krankheitsmodell ist zentraler Inhaltspunkt dieses Kapitels.

2.1 Definition Gesundheit

Eine allgemeingültige Definition existiert in der einschlägigen Fachliteratur nicht. Vielmehr gibt es verschiedene Definitionsansätze, die auf unterschiedlichen wissenschaftlichen Theorien und Konzepten von Gesundheit beruhen.

Charakteristisch für die konträren Ansatzpunkte bei der Begriffsbestimmung ist die Definition von Pschyrembel und Parson. Während Pschyrembels Definition den naturwissenschaftliche Gedanke mit biomedizinischem Modell zu Grunde liegt, d.h. Gesundheit als Freisein von Krankheit zu verstehen und keine Merkmale zum Gesundheitszustand zu definieren, orientiert sich Parson an soziologischen Ansätzen. Er versteht Gesundheit als gesellschaftlichen Wert oder als Voraussetzung für die Funktionsfähigkeit des gesellschaftlichen Lebens. Krankheit ist demnach das Fehlen dieser Voraussetzung bzw. die Abwesenheit von Gesundheit (vgl. Hurrelmann 2010, 114f).

Die Diskussion um eine allgemeingültige, wissenschaftliche Definition der Begrifflichkeit entfachte mit Gründung der Weltgesundheitsorganisation (WHO), die Gesundheit als „Zustand des völligen körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen“ (WHO, 1946) definiert. Hurrelmann bezieht hierzu, aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht, kritisch Stellung.

Das persönliche Empfinden (Wohlbefinden) eines Individuums auf die Eigenwahrnehmung und Selbsteinschätzung zurückzuführen, ohne dabei die Fremdwahrnehmung von Gesundheitsexperten zu berücksichtigen, ist nach seiner Auffassung zu einseitig. Es bedarf der Berücksichtigung der Eigen- wie auch der Fremdwahrnehmung (vgl. Hurrelmann 2010, 118).

Weiter ist die „utopische Zielvorstellung des „vollständigen Wohlbefindens“ (...) unrealistisch. Sie bringt ein normatives, wertendes Element in die Definition von Gesundheit und Krankheit. Damit ist eine neutrale Bestimmung der tatsächlichen erreichten Gesundheits- und Krankheitssituation eines Menschen nach wissenschaftlichen Maßstäben erschwert“ (Hurrelmann 2010, 118).

Die mehrdimensionale Bestimmung von Gesundheit durch die körperliche, psychische und soziale Dimension führt zwangsläufig zu einer interdisziplinären Sichtweise und

lässt damit keine isolierte Definition von Gesundheit auf nur einer der Dimensionen zu. Die Definition der WHO stellt außerdem keine Idee zur Verhältnismäßigkeit von Gesundheit und Krankheit vor. Die Vorstellung des jeweiligen Zustandes ist zu statisch und wird deshalb heute auch mehr als Endpunkt eines Kontinuums verstanden, auf das in dieser Arbeit noch verstärkt eingegangen wird (vgl. Hurrelmann 2010, 118f).

Zentraler Kritikpunkt der WHO- Definition ist demnach die Ausrichtung auf gesundheitspolitische Aspekte, ohne dabei verschiedene gesundheitswissenschaftliche Theorien oder Disziplinen zu vereinen. Um Gesundheit, aber auch im weiteren Verlauf der Arbeit Krankheit mehrperspektivisch und interdisziplinär definieren zu können, greift Hurrelmann in seinen Überlegungen das Salutogenese- und das Sozialisationsmodell auf (vgl. Hurrelmann 2010, 119).

Sozialisationsmodell

Die lebenslange Auseinandersetzung des Individuums mit innerer und äußerer Realität, um eine geeignete Persönlichkeit aufzubauen, ist die zentrale Annahme des Sozialisationsmodells. Dabei steht die Persönlichkeitsentwicklung in direktem Bezug zur Gesundheitsentwicklung. Ähnlich dem Salutogenese-Modell werden Faktoren festgelegt, die die Gesundheitsdynamik positiv oder negativ beeinflussen. Wichtigster Faktor ist die sogenannte innere und äußere *Realitätsverarbeitung*, die *produktiv*, d.h. in diesem Zusammenhang prozesshaft, erfolgt. Sie bezieht sich auf folgende komplementären Systeme:

- Körper
- Psyche
- Soziale Umwelt
- Physische Umwelt

Diese müssen in der gesamten Lebensspanne im Gleichgewicht gehalten werden und dürfen nicht im Widerspruch zueinander stehen, da es sonst zu keiner aktiven Auseinandersetzung mit der Realität kommen kann (vgl. Hurrelmann 2010, 128f).

„Produktive Realitätsverarbeitung ist die Fähigkeit, alle vier Teilsysteme ständig zu moderieren und in ihren Impulsen aufeinander abzustimmen. (...) Kommt es zu einem dynamischen Gleichgewicht (...), dann ergeben sich hieraus positive Impulse für die weitere Persönlichkeitsentwicklung, die sich in konstruktive Impulse für die Gesundheitsdynamik niederschlagen“ (Hurrelmann 2010, 129-130).

Darüber hinaus stellt das Sozialisationsmodell einen Lebenslaufbezug her, der sich an Entwicklungsaufgaben in verschiedenen Lebensabschnitten (Kindheit, Jugend, Erwachsenenalter, hohes Alter) orientiert. Die Entwicklungsaufgaben beziehen sich wiederum auf die oben genannten vier Systeme. Werden diese Aufgaben bewältigt erfolgt eine positive Persönlichkeitsentwicklung, im umgekehrten Fall eine negative (vgl. Hurrelmann 2010, 130f).

Weiter entsteht bereits früh im Lebenslauf durch Akkumulation von Schutz- bzw. Risikofaktoren eine Verkettung, die entweder eine *Immunität* gegenüber Gesundheitsstörungen oder gegenteilig zu einer schrittweisen Dynamik in Richtung Gesundheitsstörung führt (vgl. Hurrelmann 2010, 134f). Als Schutzfaktoren werden in diesem Zusammenhang soziale und personale Ressourcen angesehen, „die eine „protektive“, riskante Zuspitzungen abschirmende Funktion übernehmen und bei der Lösung der Entwicklungsaufgaben (...) von hilfreicher, unterstützender Bedeutung sind“ (Hurrelmann 2010, 132).

Als Risikofaktor bezeichnet Hurrelmann in Anlehnung an Pflanz „das kalkulierbare Risiko einer Person mit einem bestimmten Charakteristikum (zum Beispiel Zigarettenrauchen, erhöhter Blutdruck), in einem definierten Zeitraum von einer bestimmten Krankheit befallen zu werden. Besteht zwischen diesem Risiko und dem Risiko einer Person ohne Charakteristikum ein statistisch signifikanter Unterschied, so bezeichnet man das Charakteristikum als Risikofaktor“ (Pflanz 1973, 13).

Das Sozialisationsmodell sowie das in Kapitel 2 ausführlich erläuterte Salutogenese-Modell tangieren die vier grundlegenden theoretischen Ansätze (Gesellschaftstheorien, Public-Health-Theorien, Lerntheorien, Bewältigungstheorien) über die Entstehung von Gesundheit und Krankheit. Aus diesem Kontext leitet Hurrelmann folgende konsensfähige Definition (vgl. Hurrelmann 2010, 137).

„Gesundheit bezeichnet den Zustand des Wohlbefindens einer Person, der gegeben ist, wenn diese Person sich psychisch und sozial in Einklang mit den Möglichkeiten und Zielvorstellungen und den jeweils gegebenen äußeren Lebensbedingungen befindet. Gesundheit ist nach diesem Verständnis ein angenehmes und durchaus nicht selbstverständliches Gleichgewichtsstadium von Risiko- und Schutzfaktoren, das zu jedem lebensgeschichtlichen Zeitpunkt immer erneut in Frage gestellt ist. Gelingt das Gleichgewicht, dann kann dem Leben Freude und Sinn abgewonnen werden, es ist eine produktive Entfaltung der eigenen Kompetenzen und Leistungspotentiale möglich und es steigt die Bereitschaft, sich gesellschaftlich zu integrieren und engagieren“ (Hurrelmann 2010, 146).

2.2 Definition Krankheit

Krankheit und Gesundheit werden in der Literatur, wie oben dargestellt, häufig im gegensätzlichen Verständnis oder auf Grundlage konträrer Theorien definiert. Mit Blick auf die von der WHO festgelegte Definition von Gesundheit als Idealstatus ist Krankheit jedoch nicht zwangsläufig die einzige Ursache für fehlende Gesundheit. Daher ist es nochmals hilfreich, den gesundheitswissenschaftlichen Definitionsansatz von Gesundheit Hurrelmanns zu Rate zu ziehen. Krankheit ist hier als Ungleichgewicht, welches von Schutz- und Risikofaktoren gekennzeichnet wird, zu verstehen. Daraus ergibt sich die nachstehende Definition.

„Krankheit ist das Stadium des Ungleichgewichtes von Risiko- und Schutzfaktoren, das eintritt, wenn einem Menschen eine Bewältigung von inneren (körperlichen und psychischen) und äußeren (sozialen und materiellen) Anforderungen nicht gelingt. Krankheit ist ein Stadium, das einem Menschen eine Beeinträchtigung seines Wohlbefindens und seiner Lebensfreude vermittelt“ (Hurrelmann 2010, 146).

Um zu verdeutlichen, dass die Verhältnismäßigkeit von Krankheit und Gesundheit sich in jeder Lebenssituation und -phase ändern kann und vom Individuum immer wieder neu hergestellt werden muss führt zu einer weiteren Erkenntnis. Das Individuum kann sich in einer Zwischenposition von Krankheit und Gesundheit befinden, die wie folgt definiert wird.

„Relative Gesundheit beziehungsweise relative Krankheit ist das Stadium eines teilweise gestörten Gleichgewichts von Risiko- und Schutzfaktoren, das eintritt, wenn einem Menschen die Bewältigung von inneren (körperlichen und psychischen) und äußeren (sozialen und materiellen) Anforderungen nur teilweise oder nur vorübergehend gelingt. Relative Gesundheit und relative Krankheit sind ein Stadium, das einem Menschen nur begrenzt Wohlbefinden und Lebensfreude ermöglicht“ (Hurrelmann 2010, 146).

Der in der Gesundheitswissenschaft fließende Übergang von Gesundheit und Krankheit würde im rechtlichen und damit vor allem im sozialversicherungsrechtlichen Rahmen Probleme aufwerfen. Der Gesetzgeber definiert Krankheit ebenso wenig wie Gesundheit. Ab wann wäre also ein Mensch als behandlungsbedürftig oder arbeitsunfähig anzusehen, um so gemäß SGB V § 27 einen Leistungsanspruch zur Krankenbehandlung gegenüber der GKV zu haben. Aus diesem Grund hat das Bundessozialgericht in einem Urteil Krankheit im sozialrechtlichen Kontext wie folgt definiert.

„Krankheit ist ein regelwidriger körperlicher, geistiger oder seelischer Zustand, der Arbeitsunfähigkeit oder Behandlung oder beides nötig macht“ (vgl. Bogs/ Gitter/ Wannagat, 1985: 466).

2.3 Aaron Antonovsky – Vater der Salutogenese

Aaron Antonovsky wurde 1923 in Brooklyn geboren. Mit der Medizinsoziologie und der Stressforschung kam er durch Zufall im Zuge eines Referates und einer Nebenverdienstarbeit in Kontakt. 1952 erwarb er schließlich den Master of Arts in Soziologie, drei Jahre später den Dokortitel in Psychologie. Ab 1959 war Antonovsky für vier Jahre Fulbright Professor für Soziologie an der Universität Teheran, bevor 1960 gemeinsam mit seiner Frau, einer Entwicklungspsychologin, nach Israel emigrierte.

Zunächst übernahm er am Institut für angewandte Sozialforschung eine Stelle als Medizinsoziologe in Jerusalem. Neben der Lehre lag das Hauptaugenmerk auf der Erforschung latenter Funktionen von Institutionen im Gesundheitswesen und der Stressforschung. Die thematischen Schwerpunkte seiner Arbeit lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Die Epidemiologie der Multiplen Sklerose,
- das psychosoziale Risiko bezüglich koronarer Herzerkrankungen bei jüdischen Emigranten aus den USA,
- präventives Zahnpflegeverhalten
- und die Untersuchung israelischer Frauen in Bezug auf ethnische Unterschiede bei der Verarbeitung der Menopause.

Letzt genanntem Forschungsfeld widmete Antonovsky fortan sein gesamtes Engagement und seine Arbeit. Unter den Frauen befanden sich Überlebende des Holocaust. Die Tatsache, dass diese Frauen es geschafft haben, sich ein neues, lebenswertes Leben aufzubauen empfand er als Wunder, dem er nun in seiner Forschung nachging und aus der sich das Salutogenese- Modell entwickelte. Das Modell ist im Gesamten außerordentlich komplex, was Antonovsky auf die „intuitive“ Herkunft bzw. Entwicklung zurück führte (vgl. Antonovsky 1979, 184).

Am 7. Juli 1994 verstarb Aaron Antonovsky im Alter von einundsiebzig Jahren in Beer-Sheba, Israel (vgl. Antonovsky 1987, 7).

2.4 Salutogenetische Fragestellung

Warum bleibt der Mensch, trotz potentieller gesundheitsgefährdender Einflüsse, gesund? Was ist an einem Menschen besonders, der trotz extremer Belastungen nicht krank wird und ein anderer dennoch? Und wie schafft dieser Mensch es, sich von der Erkrankung zu erholen?

Diese Fragen sind Ausgangspunkt und zentraler Bestand von Antonovskys theoretischen und empirischen Arbeiten. Das Wort *Salutogenese* ist dabei ein von Antonovsky geprägter Begriff, der sich aus dem lateinischen *salus* für *Gesundheit, Wohlbefinden, Heil, Glück* und dem griechischen Wort *genesis* für *Entstehung* zusammensetzt. Der Begriff verdeutlicht den Gegensatz zum bisher bestimmenden Pathogenese-Modell mit biomedizinischen Ansatz, sowie verwandter Modelle dessen. Die pathogenetische Sichtweise beschäftigt sich mit der Entstehung und Behandlung von Krankheiten, die salutogenetische mit der Entstehung und Aufrechterhaltung von Gesundheit (vgl. Bengel/Strittmatter/Willmann 2001, 24). Die salutogenetische Fragestellung lautet daher:

Warum bleibt der Mensch, trotz potentieller gesundheitsgefährdender Einflüsse, gesund?

Zum Vergleich der konträren Ansätze verwendet Antonovsky eine Metapher, die die Sichtweisen beider Modelle verdeutlicht. Die pathogenetische Herangehensweise will den Menschen aus einem reißenden Fluss retten, ohne der Frage nachzugehen, wie er hinein geraten ist und warum er nicht besser schwimmen kann (vgl. Bengel/Strittmatter/Willmann 2001, 24f). Die salutogenetische Herangehensweise ist eine andere:

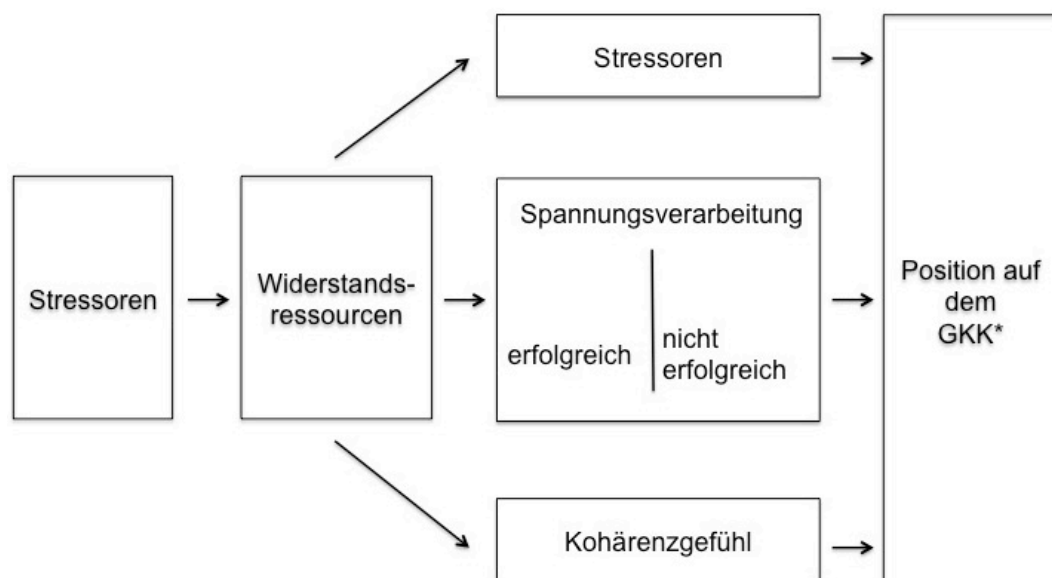
„...meine fundamentale philosophische Annahme ist, daß der Fluß der Strom des Lebens ist. Niemand geht sicher am Ufer entlang. Darüber hinaus ist für mich klar, daß ein Großteil des Flusses sowohl im wörtlichen als auch im übertragenen Sinn verschmutzt ist. Es gibt Gabelungen im Fluß, die zu leichten Strömungen oder in gefährliche Stromschnellen und Strudel führen. Meine Arbeit ist der Auseinandersetzung mit folgender Frage gewidmet: „Wie wird man, wo immer man sich dem Fluß befindet, dessen Natur von historischen, soziokulturellen und physikalischen Umweltbedingungen bestimmt wird, ein guter Schwimmer?““ (Antonovsky 1997, 92).

Die Bedeutung des Flusses stellt ein Abbild des Lebens dar. Dabei spiegelt die Annahme, dass ein Mensch immer mehr oder weniger gefährlich im Fluss schwimmt die philosophische Anschauung Antonovskys wider. Ob dem Mensch das Schwimmen beigebracht wird oder er kurz vorm Ertrinken aus dem Fluss gezogen werden muss ist im übertragenen Sinn von den gesundheitspolitischen Voraussetzungen und Rahmenbedingungen abhängig. Die Fähigkeit zu schwimmen ist eine individuelle Eigenschaft

des Menschen, welche Antonovsky in seinem Modell als Kohärenzgefühl bezeichnet. Die unterschiedlichen Verhältnisse und Abzweigungen im Fluss sowie die Fähigkeiten der Schwimmer resultieren im psychologischen Modell, Salutogenese-Modell genannt, zur Erklärung von Gesundheit (vgl. Bengel/Strittmatter/Willmann 2001, 25).

2.5 Salutogenese- Modell

Das salutogenetische Konzept setzt wie bereits erwähnt verschiedene Komponenten mit der Gesundheitsentstehung sowie deren Erhalt in Zusammenhang. Dabei ist auffallend, dass es bei der Modellkonzeption keine Definition von Gesundheit gibt. Grund dafür ist die Intention, sich Gesundheit bzw. Krankheit nicht als absoluten Zustand vorzustellen, sondern sich an den realen Begebenheiten zu orientieren (vgl. Bengel/Strittmatter/Willmann 2001, 28). In der Gesamtausprägung ist das Modell sehr komplex. Dennoch lässt es sich durch Betrachtung der Kernkomponenten veranschaulichen. Ausgangspunkt sind Stressoren im psychosozialen, im physischen und im biochemischen Bereich, die eine Herausforderung für die Bewältigungskapazität auf körperlicher, psychischer und sozialer Ebene darstellen. Dem gegenüber stehen die sogenannten Widerstandsressourcen der oben genannten Bereiche. Das Zusammenwirken von Stressoren und Widerstandsressourcen bzw. deren Konstellation zueinander entscheidet darüber, ob die Spannungsverarbeitung des Individuums erfolgreich ist oder nicht. Ein weiterer ausschlaggebender Faktor ist letztlich das Kohärenzgefühl. Es gibt an welche Position das Individuum auf dem Gesundheits- Krankheits- Kontinuum einnimmt (vgl. Hurrelmann 2010, 125).



* Gesundheits- Krankheits- Kontinuum

Abbildung 1: Salutogenese Modell (stark vereinfacht)
Quelle: Eigene Darstellung, nach Hurrelmann, 2010: 125

Die einzelnen Komponenten des Modells werden nachfolgend detailliert aufgearbeitet.

2.6 Gesundheits- Krankheits- Kontinuum

Antonovskys Denkhaltung in Bezug auf die Frage der Gesundheitsentstehung richtet sich nach einem Gesundheits- und einem Krankheitspol, die er in ein Kontinuum einbezieht. Er versteht die Gesundheitsentstehung als einen Prozess und als ein immer wieder neu zu regulierendes Geschehen (vgl. Hurrelmann 2010, 124). „Gesundheit ist kein normaler, passiver Gleichgewichtszustand, sondern ein labiles, aktives und sich dynamisch regulierendes Geschehen. Das Grundprinzip menschlicher Existenz ist nicht Gleichgewicht und Gesundheit, sondern das Ungleichgewicht, Krankheit und Leiden (...). Bezogen auf den Gesundheitszustand bedeutet dies, dass Gesundheit immer wieder aufgebaut werden muss, und dass gleichzeitig der Verlust von Gesundheit ein natürlicher und allgegenwärtiger Prozess ist. Der salutogenetische Ansatz betrachtet den Kampf in Richtung Gesundheit als permanent und nie ganz erfolgreich“ (Bengel/Strittmatter/Willmann 2001, 25f).

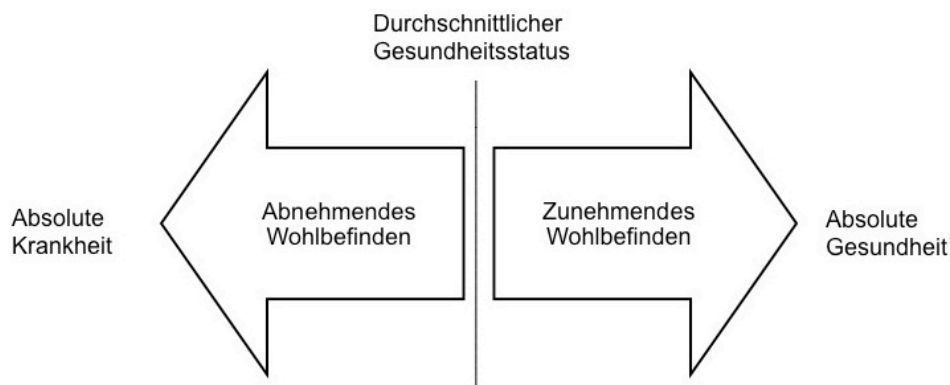


Abbildung 2: Gesundheits- Krankheits- Kontinuum
Quelle: Eigene Darstellung nach Hurrelmann, 2010: 125

Lange Zeit wurden die Begrifflichkeiten Gesundheit und Krankheit, wie oben erläutert, kategorisiert und differenziert betrachtet. Mit Festlegung des vorgestellten Kontinuums, unter Einbezug der Pole Gesundheit und Krankheit, wobei Gesundheit als Wohlbefinden und Krankheit als Missbefinden verstanden werden kann, wird diese Kategorisierung aufgehoben. In dem dargestellten Gleichgewichts- Ungleichgewichts- Prinzip sind die Pole der absoluten Gesundheit oder der absoluten Krankheit für das Individuum nicht zu erreichen. Auch wenn sich das Individuum als gesund wahrnimmt hat es trotzdem immer kranke Anteile. Umgekehrt hat das Individuum auch bei Krankheit solange es am Leben ist zwangsläufig immer gesunde Anteile. Daraus ergibt sich eine neue Fragestellung. Wie weit oder wie nahe ist das Individuum vom Pol Gesundheit bzw. Krankheit entfernt. Die Frage ob jemand gesund oder krank ist, wird fortan nicht mehr

gestellt (vgl. Bengel/Strittmatter/Willmann 2001, 32). Folgende Abbildung veranschaulicht das thematisierte Kontinuum.

2.6.1 Stressoren und Widerstandsressourcen

Die sogenannte Spannungsbewältigung ist zentrale Aufgabe des Organismus, um die Bewegung auf dem Kontinuum in eine positive Richtung zu lenken. Hervorgerufen durch Stressoren, unter denen alle Reize oder Stimuli die Stress erzeugen subsumiert werden, entsteht ein Spannungszustand. Es lässt sich erst an der erzeugten Wirkung und nicht durch Vorhersage oder Definition erkennen, ob ein Reiz auch ein Stressor ist. Deshalb legt Antonovsky bei seiner Modellkonzeption fest, dass Stressoren zunächst nur einen physiologischen Spannungszustand erzeugen, der auf Unwissen des Individuums mit dem Umgang der Situation zurück zu führen ist (vgl. Bengel/Strittmatter/Willmann 2001, 33f).

Das Salutogenese-Modell unterscheidet zwischen psychosozialen, biochemischen und physikalischen Stressoren. Gelingt dem Individuum die Bewältigung des erzeugten Spannungszustandes, so hat dies eine gesundheitserhaltende und –fördernde Wirkung. Misslingt die Aufgabe, so entsteht eine für das Individuum belastende Situation (Stress). Die entstandene Stressreaktion führt nicht zwangsläufig zu einer Negativauswirkung auf die Gesundheit. Sie kann gegensätzlich sogar gesundheitsförderlich sein. Erst durch Hinzukommen von Krankheitsindikatoren, wie Erregern oder Schadstoffen, wird das Individuum in seiner körperlichen Gesundheit geschwächt und die Bewegung auf dem Kontinuum in negative Richtung gelenkt (vgl. Bengel/Strittmatter/Willmann 2001, 33).

Um den Erhalt und die Verbesserung von Gesundheit zu erleichtern, sammelte Antonovsky Faktoren, die in epidemiologischen Studien in Wechselbeziehung zum Gesundheitszustand stehen. Er unterteilt sie in individuelle (körperliche Faktoren, Intelligenz), soziale (soziale Unterstützung, finanzielle Möglichkeiten) und kulturelle (kulturelle Stabilität) Faktoren und nennt sie übergreifend *generalisierte Widerstandsressourcen*. Den Widerstandsressourcen werden zwei bedeutsame Funktionen zuteil. Zum einen prägen sie die Lebenserfahrung die das Kohärenzgefühl stärkt und zum anderen stellen sie ein Aktivierungspotential dar, das dem Individuum bei der Spannungsbewältigung zur Verfügung steht. Sie können in jeder belastenden Situation angewandt werden. Daher der Begriff *generalisiert*. Außerdem ist hier Widerstand als Fähigkeit des Individuums zu verstehen, die durch Ressourcen erhöht wird. Darüber hinaus konzipiert der Soziologe im späteren Verlauf seiner Studien die generalisierten Widerstandsressourcen auch als generalisierte Widerstandsdefizite. Dadurch entsteht ähnlich dem Gesundheits- Krankheits- Kontinuum eine Dimension mit zwei Polen. Das Bewegen zum positiven Pol ist die Möglichkeit Faktoren zu sammeln, die das Kohä-

renzgefühl stärken und das Bewegen zum negativen Pol ist dem Umstand der fehlenden Faktoren geschuldet, die das Kohärenzgefühl schwächen (vgl. Bengel/Strittmatter/Willmann 2001, 34).

2.6.2 Kohärenzgefühl

Ein deutsches Wort für die von Antonovsky verwendete Bezeichnung *Sense of Coherence* zu finden ist schwer. Frei übersetzt wird häufig vom positiven Lebensgefühl gesprochen. Dennoch hat sich in der gesundheitswissenschaftlichen Fachdiskussion der Begriff *Kohärenzgefühl* (SOC) durchgesetzt (vgl. Hurrelmann 2010, 123). „Mit dem Kohärenzgefühl ist die tiefe Überzeugung eines Menschen gemeint, dass das Leben trotz vieler Belastungen, Risiken und Unwägbarkeiten doch im Prinzip zu verstehen ist, überwiegend Sinn macht und die auf ihn zukommenden Probleme zu bewältigen sind“ (Faltmaier 2005, 164). Wenn also die äußeren Bedingungen eines Individuums identisch sind, hängt es von der kognitiven und affektiv- motivationalen Grundeinstellung ab in wie weit das Individuum in der Lage ist die vorhandenen Ressourcen zum Erhalt der Gesundheit auszuschöpfen. Je ausgeprägter das Kohärenzgefühl, desto gesünder ist eine Person. Ob sich ein schwaches oder ein starkes SOC heraus kristallisiert, ist vorzugsweise von den gesellschaftlichen Gegebenheiten bzw. den generalisierten Widerstandsressourcen abhängig. Hat das Individuum die Möglichkeit Erfahrungen zu sammeln, Einflussmöglichkeiten zu erkennen und eine Balance zwischen Unter- und Überforderung zu finden, so entwickelt sich ein starkes SOC. Hat das Individuum nicht die Möglichkeit, entwickelt sich ein schwaches SOC (vgl. Bengel/Strittmatter/Willmann 2001, 28ff). Diese Umstände führen im weiteren Lebensverlauf im positiven Fall zur stimmigen Verarbeitung von Stressoren, im negativen Fall zu Verwirrung und Hilflosigkeit (vgl. Lorenz 2004, 65).

Das SOC wirkt sich wie bereits skizziert stark auf die Wahrnehmung und Verarbeitung von Stressor und Spannungszustand eines Individuums aus. Bei ausgeprägtem SOC werden manche Reize neutraler bewertet, als bei unausgeprägtem, bei dem dann Stressoren entstehen und ein Spannungszustand resultiert. Ist das SOC aber stark ausgeprägt, so kann das Individuum selbst bei Bewertung eines Reizes als Stressor darüber entscheiden, ob der Stressor irrelevant, günstig oder bedrohlich ist. Wird der Stressor als bedrohlich eingestuft, so schützt diese Person dennoch ihr Vertrauen die Situation selbst bewältigen zu können. Beim Individuum mit schwachem SOC führt der bedrohliche Stressor hingegen zur Handlungsunfähigkeit, da die Fähigkeit zur Problembewältigung fehlt (vgl. Bengel/Strittmatter/Willmann 2001, 32f).

Das Konzept des SOC hat Antonovsky ohne Abgleich oder Vernetzung zu verwandten Wissenschaftsgebieten oder bereits existierenden Modellen erstellt (vgl. Antonovsky 1997, 93). Das SOC entwickelt sich bis zum 30. Lebensjahr bedeutsam. Beeinflusst

wird es maßgeblich von den gesammelten Erfahrungen und Erlebnissen im Jugendalter. Dort existieren viele unterschiedliche Orientierungsmöglichkeiten und einzelne Lebensbereiche werden erst nach und nach zum konkreten Umfeld. Anschließend erfährt das SOC nur noch geringe Veränderungen. Allenfalls radikale Lebensereignisse oder –ereignisse führen noch zu Veränderungen.

Charakteristisch und kennzeichnend für das SOC ist die Grundhaltung, die Welt als zusammenhängend, sinnvoll und in sich stimmig zu erleben. Diese Grundhaltung setzt sich aus folgenden Komponenten zusammen (vgl. Hurrelmann 2010, 123).

2.6.3 Verstehbarkeit

Das Gefühl von Verstehbarkeit (sense of comprehensibility) beschreibt die Erwartung eines Menschen, Stimuli oder Anforderungen aus Körper und Umwelt als strukturierte, geordnete Informationen zu verarbeiten, die für das Individuum erklärbar und nachvollziehbar sind (vgl. Bengel/Strittmatter/Willmann 2001, 29).

2.6.4 Handhabbarkeit

Das Gefühl von Handhabbarkeit oder Bewältigbarkeit (sense of manageability) beschreibt die Überzeugung eines Menschen, Herausforderungen und Schwierigkeiten lösen zu können. Grundlage dafür ist das Vertrauen in vorhandene Ressourcen. Auch der Glaube kann dazu gehören. Im entscheidenden Moment mit Hilfe anderer Personen oder durch eine höhere Macht Unterstützung zur Problembewältigung zu erhalten, ist nach Antonovsky ebenfalls möglich (vgl. Bengel/Strittmatter/Willmann 2001, 29).

2.6.5 Sinnhaftigkeit

Das Gefühl von Sinnhaftigkeit (sense of meaningfulness) beschreibt das "Ausmaß, in dem man das Leben als emotional sinnvoll empfindet: Daß wenigstens einige der vom Leben gestellten Probleme und Anforderungen es wert sind, daß man Energie in sie investiert, daß man sich für sie einsetzt und sich ihnen verpflichtet, daß sie eher willkommene Herausforderungen sind, als Lasten, die man gerne los wäre" (Antonovsky 1997, 35-36).

Das SOC wirkt im Gesamtkontext als flexibles Steuerungselement, welches die vorgestellten Verarbeitungskomponenten in Bezug auf die an das Individuum gestellten Anforderungen anregt (vgl. Bengel/Strittmatter/Willmann 2001, 30).

2.7 Pathogenese- Modell

Konträr zum oben erläuterten Modell steht das Pathogenese- Modell oder biomedizinisches Modell genannt. Es geht bereits auf das 19. Jahrhundert zurück und bezieht sich in zweifacher Hinsicht auf den Aspekt der Krankheit. Die Sichtweise ist nur auf die Krankheit beschränkt, während Aspekte der Gesundheit außen vor gelassen werden. Des Weiteren konzentriert sich das Modell auf die Krankheit an sich, nicht auf den Menschen, der sie trägt. Dem Krankheitsverständnis des Modells „zufolge entstehen Krankheiten dann, wenn ein Krankheitserreger (Agens) einen Überträger (Vektor) findet, der auf einen Menschen mit einer gegenüber dem Erreger geschwächten Immunität trifft.“ (Franke 2012, 133).

Verschiedene Annahmen von Krankheit bilden die Grundlage und setzen das Modellkonzept zusammen. Die Wesentlichen werden folgend zusammengefasst vorgestellt:

- Krankheit ist als Abweichung vom natürlichen Zustand zu verstehen.
- Krankheit und Gesundheit stehen nicht in Kontinuität zueinander.
- Jede Krankheit hat eine bestimmte Entstehung und nimmt einen bestimmten Verlauf.
- Krankheiten werden nicht im sozialen Kontext klassifiziert.
- Die Behandlung einer Krankheit ist die Aufgabe der Medizin.
- Bei bloßer Behandlung der Symptome, tritt die ursächliche Krankheit später in anderen Symptomen wieder auf.
- Für seine Krankheit ist nicht der Erkrankte verantwortlich.
- Kranke nehmen die soziale Rolle des Patienten ein (vgl. Franke 2012, 135).

Trotz des Umdenkens von der Pathogenese hin zur Salutogenese in Gesundheitswissenschaft und Politik erfährt das biomedizinische Modell noch immer große Beachtung. Durch den Fortschritt der Wissenschaft finden sich immer neue im Organismus liegende Pathologien oder Funktionsveränderungen, die mit dem Auftreten von Krankheiten als Ursache in Verbindung gebracht werden. Das Modell ist rational und wissenschaftlich fundiert, sodass seine Befürworter von einer erhöhten Lebenserwartung des Organismus dank des Modells sprechen. Franke sieht die politische Unterstützung des Pathogenese- Modells, aus dem Kontext heraus betrachtet kritisch. Faktoren für Gesundheit und Krankheit liegen hier bei individueller Verantwortung und die Frage nach

sozialer und gesellschaftlicher Verantwortung für Gesundheit wird nicht gestellt (vgl. Franke 2012, 136f).

Zur Veranschaulichung des Fortschritts und der dynamischen Denkweisen des Salutogenese-Modells werden in der Folge beide Modelle gegenübergestellt.

Annahmen in Bezug auf	Pathogenese- Modell	Salutogenese- Modell
Selbstregulierung des Systems	Homöostase	Überwindung der Heterostase
Gesundheits- und Krankheitsbegriff	Dichotomie (gegensätzlich)	Kontinuum
Reichweite des Krankheitsbegriffs	Rückführung auf Ursache der Krankheit	Betrachtung der Ganzheitlichkeit des Krank- Seins
Gesundheits- und Krankheitsursachen	Risikofaktoren (negative Stressoren)	(Widerstands-)Ressourcen Kohärenzgefühl
Wirkung von Stressoren	potentiell krankheitsfördernd	sowohl krankheits- als auch gesundheitsfördernd
Intervention	Heilmittel	Risiko verringern Ressourcen entwickeln

*Abbildung 3: Gegenüberstellung Pathogenese und Salutogenese
Quelle: Eigene Darstellung nach Bengel/Strittmatter/Willmann, 2001: 35*

3 Prävention und Gesundheitsförderung

Das nachfolgende Kapitel beschäftigt sich mit der begrifflichen Abgrenzung von Prävention und Gesundheitsförderung. Darüber hinaus werden Inhalte, gesetzliche Vorgaben und Handlungsempfehlungen zur verbesserten gesundheitsförderlichen Versorgung vorgestellt.

3.1 Definition Prävention

Prävention, oder der historisch ältere Begriff Krankheitsprävention, geht auf das 19. Jahrhundert zurück. Krankheiten und deren Auslösefaktoren zurück zu drängen oder gar vermeiden zu wollen stellte den entscheidenden Ansatzpunkt dar. Man kam zu der Erkenntnis, dass die Lebensqualität und –dauer der Bevölkerung vor allem durch schlechte hygienische Lebensbedingungen und schlechte Arbeitsbedingungen beeinträchtigt wurde. Alle Ansätze, wie Vorbeugung, Prophylaxe, Vorsorge und Prävention wurden zusammengefasst, da sie dem Ziel der Vermeidung, Verringerung und Verbreitung von Krankheit nachgingen. Aus diesem geschichtswissenschaftlichen Kontext lässt sich folgende Definition ableiten. „Krankheitsprävention (...) bezeichnet alle Eingriffshandlungen, die dem Vermeiden des Eintretens oder des Ausbreitens einer Krankheit dienen. Das Eingreifen (Intervenieren) richtet sich auf das Verhindern und Abwenden von Risiken für Eintreten und Ausbreitung von Krankheiten. Voraussetzung eines gezielten Intervenierens ist eine Kenntnis pathogenetischer und pathophysiologischer Dynamiken, also der Entwicklungs- und Verlaufsstadien des Krankheitsgeschehens“ (Hurrelmann/Klotz/Haisch 2014, 14).

Im Wortsinn bedeutet Prävention *einer Krankheit zuvorkommen*. Sie beruht auf der Prämisse die Krankheitsentwicklung, auf Grund einer Abschätzung der Eintrittswahrscheinlichkeit individuell und kollektiv, vorhersagen zu können. Prävention richtet sich nach einer Zukunftsprognose. Entscheidend dabei ist, dass krankheitsauslösende Faktoren frühzeitig erkannt werden und der Verlauf antizipiert wird, um so gezielte Interventionshandlungen zur Krankheitsvermeidung oder –abwendung einzuleiten. Dabei spielt das Erkennen sogenannter Risikofaktoren, die verantwortlich für Entstehung und den Verlauf einer Krankheit sind, eine wichtige Rolle. Sind diese identifiziert, so kann durch Präventivmaßnahmen der Krankheitseintritt oder –verlauf verändert werden. Risikofaktoren werden grundsätzlich in vier Gruppen eingeteilt.

1. Genetische, physiologische Disposition (z.B. Arterienverengungen)
2. Behaviorale Disposition (z.B. Verhaltensweise wie Rauchen)
3. Psychische Disposition (z.B. Kontrollzwang)

4. Ökologische Disposition (z.B. Strahlenbelastung durch Uranerze)

Der Erfolg ergriffener Präventivmaßnahmen drückt sich im Ausmaß der Verminderung oder gar der Vermeidung des Krankheitsbildes aus (vgl. Hurrelmann/Klotz/Haisch 2014, 14f).

3.1.1 Primärprävention

Primärpräventive Maßnahmen zielen auf das Vermeiden einer Krankheit ab, bevor diese überhaupt auftritt. Dazu zählen unter anderem Impfungen oder Interventionsprogramme wie *Rauchfreie Schule*. Zielgruppe sind damit gesunde Menschen bzw. Menschen ohne Krankheitssymptome. Ziel ist es bestimmte auftretende Krankheitsbilder in der Bevölkerung zu minimieren (vgl. Leppin 2014, 36f).

3.1.2 Sekundärprävention

Die Sekundärprävention richtet sich an Menschen, bei denen bereits eine Krankheits-symptomatik vorliegt. Sie dient der Krankheitsfrüherkennung oder –eindämmung. Mit Hilfe diagnostischer Testverfahren kann in den Krankheitsverlauf eingegriffen, der Fortschritt abgeschwächt und teilweise sogar verhindert, werden. Hierzu zählen Früherkennungsuntersuchungen und Massen- Screenings. Adressat sekundärpräventiver Maßnahmen sind Menschen, die zuvor als gesund und symptomfrei galten und durch diagnostische Testverfahren zu Patienten werden. Ziel ist es das Voranschreiten von Krankheiten einzudämmen. Dazu gehören unter anderem Programme zur Raucherentwöhnung. Das heißt die Entstehung und Ausprägung von Suchtverhalten bei jungen Menschen, die bereits rauchen zu verhindern (vgl. Leppin 2014, 36f).

3.1.3 Tertiärprävention

Ist ein Krankheitsbild manifest, so werden tertiärpräventive Maßnahmen ergriffen. Die Konsequenzen einer Erkrankung sollen dabei in ihrer Intensität abgeschwächt und möglichen Folgeerkrankungen bzw. Rückfällen vorgebeugt werden. Zu diesen Maßnahmen zählen unter anderem rehabilitative Behandlungen nach bspw. Krebserkrankungen. Problematisch ist hier die Unterscheidung von präventiven und kurativ-therapeutischen Maßnahmen. Differenziert wird hier nur nach der Zielsetzung, ob eine Maßnahme als kurativ oder präventiv verstanden wird. Zielgruppe sind demnach bereits erkrankte Menschen, sprich Patienten (vgl. Leppin 2014, 36f).

	Primärprävention	Sekundärprävention	Tertiärprävention
Zeitpunkt der Intervention	Vor dem Eintreten einer Krankheit	Im Frühstadium einer Krankheit	Nach Akutbehandlung einer Krankheit
Ziel der Intervention	Inzidenz einer Krankheit verringern	Progredienz einer Krankheit eindämmen	Folgeschäden oder Rückfälle vermeiden
Adressaten der Intervention	Gesundes Individuum ohne Symptomatik	Akutpatienten	Rehabilitanten Patienten mit chronischer Erkrankung

Abbildung 4: Präventionsansätze
 Quelle: Eigene Darstellung nach Leppin, 2014: 37

3.2 Definition Gesundheitsförderung

Der Begriff Gesundheitsförderung ist ein aus wissenschaftlicher Sicht junger Begriff. Er entstand im Zuge gesundheitspolitischer Debatten der WHO, deren Auslöser die Gesundheitsdefinition 1946 war. Fortan bemühte man sich Umsetzungsstrategien zu etablieren, die im nachstehenden Gesundheitsförderungs-Konzept, der Ottawa-Charta, mündeten. Dabei wurden zum ersten Mal politische, kulturelle und soziale Komponenten im Gesundheitsverständnis zusammen verankert. Während die Prävention nach der Maxime *Vermeidung* handelt, richtet sich die Gesundheitsförderung nach der *Verbesserung*. Der Mensch soll in seiner gesundheitlichen Entfaltungsmöglichkeit gestärkt und seine Lebensbedingungen verbessert werden. Somit bezeichnet Gesundheitsförderung „alle Eingriffshandlungen, die der Stärkung von individuellen Fähigkeiten der Lebensbewältigung dienen. Das Eingreifen (Intervenieren) richtet sich auf die Verbesserung der ökonomischen, kulturellen, sozialen, psychischen, bildungsmäßigen und hygienischen Bedingungen der Lebensgestaltung von einzelnen Personen oder bestimmten Gruppen der Bevölkerung. Voraussetzung eines gezielten Intervenierens ist eine Kenntnis salutogenetischer Dynamiken, vor allem der Ausgangs- und Rahmenbedingungen für das Gesundsein und Gesundbleiben“ (Hurrelmann/Klotz/Haisch 2014, 14).

Gesundheitsförderung funktioniert ähnlich dem Prinzip der Prävention. Durch Eingreifen in prognostizierte Verlaufsdynamiken des menschlichen Wohlbefindens sollen jedoch entgegen der Prävention keine Risikofaktoren beseitigt werden, sondern

Schutzfaktoren gestärkt werden. Diese sind verantwortlich für die Verbesserung der Gesundheitsentwicklung. Ziel ist es so früh wie möglich in diese Entwicklung einzugreifen und das Gesundheitsniveau, eines Individuums oder einer ganzen Gruppe, über das Ursprungsniveau zu steigern und damit die Lebensqualität zu verbessern. Die Schutzfaktoren lassen sich wie folgt gliedern.

1. Soziale und wirtschaftliche Faktoren (z.B. gute Arbeitsplatzbedingung)
2. Umweltfaktoren (z.B. gute Luft- und Wasserqualität, guter Wohnraum)
3. Behaviorale/ psychische Faktoren (z.B. Bewegung, Ernährung, Optimismus)
4. Zugang zu gesundheitsrelevanten Leistungen (z.B. Bildung, Pflege)

(vgl. Hurrelmann/Klotz/Haisch 2014, 16)

3.2.1 Ottawa- Charta

Die Ottawa- Charta geht aus der ersten internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung im kanadischen Ottawa 1986 hervor. Sie wurde im Zuge steigender Erwartungen an eine neue Gesundheitsbewegung und die zuvor in der Weltgesundheitsversammlung (WGV) geführte Diskussion, über das für die Gesundheit verbesserte intersektorielle Zusammenwirken, ausgerufen. Primär beschäftigte man sich mit erforderlichen Maßnahmen in Industrieländern (vgl. Ottawa- Charta, 1986). Die Charta erstellt neben Grundvoraussetzungen für Gesundheit und Gesundheitsförderung auch Handlungsleitfäden und -strategien, wie diese unter Einbezug aller damit in Zusammenhang stehenden Komponenten flächendeckend und einheitlich gewährleistet werden kann. Weiter werden mögliche Handlungsfelder definiert und durchleuchtet. Der Aufruf zu internationalem Handeln und die Verpflichtung zur gemeinsamen Gesundheitsförderung stellt abschließend die zentrale Botschaft der Charta dar. Sie wird als Folgedokument auf die Deklaration von Alma- Ata über Basisgesundheitsversorgung im Zuge der *Gesundheit für alle*- Strategie der WHO verstanden.

„Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen“ (Ottawa- Charta, 1986). Gesundheit wird nicht als ein Lebensziel, sondern als wesentlichen Bestandteil im Leben verstanden. Die Verbesserung der Gesundheit ist fest an fundamentale Voraussetzungen gebunden, wie bspw. das soziale Umfeld, soziale Gleichheit und Gerechtigkeit und der nachhaltige Umgang

mit natürlichen Ressourcen. Wie bereits erwähnt gehen aus der Charta drei Handlungsprinzipien hervor:

Interessen vertreten

- Durch aktives, anwaltschaftliches Eintreten sollen unter anderem soziale, ökologische und politische Faktoren positiv beeinflusst werden um so der Gesundheit zuträglich werden zu können.

Befähigen

- Um Unterschiede des Gesundheitszustandes zu verringern und damit ein größtmögliches Gesundheitspotential ausschöpfen zu können, sollen durch Informationsübermittlung und Kompetenzförderung soziale Ungleichheiten ausgeglichen werden.

Ermöglichen, vermitteln und vernetzen

- Durch Kooperation aller Akteure über die Grenzen des Gesundheitssektors hinaus soll Gesundheit ganzheitlich und einheitlich gefördert werden. Die Vernetzung reicht dabei bis ins private Umfeld des Individuums.

Die dargestellten Prinzipien beziehen sich auf folgende Handlungsfelder:

- Die Entwicklung einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik, die dazu führt, dass hindernde aber vor allem fördernde Faktoren in Politik und Verwaltungsapparat Berücksichtigung finden.
- Die Lebenswelt so zu gestalten, dass die Umwelt mehr Unterstützung erhält und Ressourcen zur Förderung von Gesundheit nachhaltig eingesetzt werden können.
- Mit Unterstützung lokaler Aktivitäten und durch Schaffen gesundheitsorientierter Lernmöglichkeiten wird das Individuum zur Selbsthilfe befähigt.
- Die Gesundheitserziehung legt den Fokus ihres Tuns auf die Stärkung persönlicher und sozialer Fähigkeiten des Individuums, um so beim Auftreten unvorhergesehener Lebensereignisse, wie Erkrankungen oder Behinderungen, besser damit umgehen zu können.

- Gesundheitsdienste orientieren sich fortan dahin gehend, dass der Mensch ganzheitlich wahrgenommen wird und verstärkt auf individuelle Bedürfnisse eingegangen wird.

Übergreifend formte die Charta den sogenannten *Settingansatz*, der bis heute die Kernstrategie der Gesundheitsförderung darstellt und deren zentrales Handlungsprinzip die *Vernetzung* ist. Der Settingansatz fokussiert die Rahmenbedingungen der Lebenswelt von Menschen, unter denen sie arbeiten, lernen, leben und konsumieren. Er ist als Antwort, auf bis zu diesem Zeitpunkt erfolglose Versuche der Gesundheitserziehung mittels Appellen und Information an Einzelpersonen, zu verstehen. Nach dieser Erkenntnis sind Gesundheitsprobleme gesellschaftspolitisch ganzheitlich zu betrachten und als Resultat einer wechselseitigen Beziehung von organisatorischer, ökonomischer und sozialer Umwelt, sowie persönlicher Lebensweisen zu begreifen (vgl. BzGA 2010).

3.3 Rechtliche Rahmenbedingungen

Das Thema Prävention und Gesundheitsförderung muss wie bereits mehrfach erwähnt immer ganzheitlich betrachtet werden. Daher ist es unumgänglich, mehrere Gesetze, Handlungsempfehlungen und Verordnungen zum verbesserten und strukturierten Umgang mit gesundheitspolitischen Fragen zu erlassen. Nicht außer Acht zu lassen, dass der Gesundheitsmarkt mit der GKV ein wirtschaftsstarker Sektor ist, der rechtliche und gesetzliche Regelungen erfordert. Die wichtigsten werden nachstehend vorgestellt.

3.3.1 Gesetzliche Regelungen

Das Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG) regelt die Durchführung von Maßnahmen, die zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes der Beschäftigten bei der Arbeit beitragen sowie die Rechte und Pflichten der Arbeitnehmer. Ziel ist es, die Gesundheit aller Beschäftigten durch Maßnahmen des Arbeitsschutzes zu verbessern und zu sichern (vgl. ArbSchG §1). Wichtige Neuerung im überarbeiteten Gesetz ist die sogenannte „Beurteilung der Arbeitsbedingungen“ (ArbSchG §5). Sich hieraus ableitende Präventionsmaßnahmen müssen in ihrer Wirksamkeit durch den Arbeitgeber geprüft werden (vgl. ArbSchG §3). Die Dokumentation dieser ist zwingend erforderlich (vgl. ArbSchG §6). Darüber hinaus hat er für eine strikte und regelmäßige Unterweisung seiner Mitarbeiter zu sorgen (vgl. ArbSchG §12). Ein Übertragen von Aufgaben und Pflichten auf den Arbeitnehmer ist zulässig. Dennoch bleibt der Arbeitgeber dazu verpflichtet die übertragenen Aufgaben zu kontrollieren (vgl. ArbSchG §§7, 13).

Das Arbeitssicherheitsgesetz (ASiG) legt die Pflicht des Arbeitgebers, Betriebsärzte, Sicherheitsingenieure und andere Fachkräfte für Arbeitssicherheit einzubestellen, fest.

Damit soll die fachkundige Beratung und Unterstützung der Arbeitgeber gewährleistet werden. Ziel ist es Vorschriften zur Unfallvermeidung an entsprechende betriebliche Verhältnisse anzupassen und anzuwenden, sodass Erkenntnisse über Arbeitsmedizin und Sicherheitstechnik zur Verbesserung der Arbeitssicherheit eingesetzt werden können und ein möglichst hoher Wirkungsgrad bei den umzusetzenden Maßnahmen erreicht werden kann (vgl. ASiG §1).

Im fünften Buch der Sozialgesetze (SGB V) sind nahezu alle Bestimmungen zur gesetzlichen Krankenversicherung aufgeführt. Hierzu zählen insbesondere die Versicherungspflicht, die freiwillige Versicherung sowie die Versicherungsfreiheit (vgl. SGB V, §§ 5/6/9). Außerdem wird der Anspruch eines Versicherten auf gewisse Leistungen festgelegt (vgl. SGB V, § 11). Paragraph 27 des SGB V legt zudem den Anspruch auf Krankenbehandlung fest. Alle weiteren Leistungen, die zur Vermeidung von Krankheiten, zur Gesundheitsförderung, zur Vorbeugung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren beitragen und die Selbsthilfe fördern, werden im dritten Abschnitt des SGB V bestimmt (vgl. SGB V § 20f).

Das siebte Sozialgesetzbuch (SGB VII) soll durch Zusammenwirken gesetzlicher Unfall- und Krankenversicherung die Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren sicherstellen (vgl. SGB VII, § 1/14).

Ergänzend dazu hat das Bundeskabinett im Dezember 2014 den Entwurf zu einem neuen Präventionsgesetz verabschiedet. Intention ist es, „die Gesundheitsförderung und Prävention in jedem Lebensalter und in allen Lebensbereichen zu stärken und als gemeinsame Aufgabe der Sozialversicherungsträger und der Akteure in Ländern und Kommunen zu gestalten“ (Bundesministerium für Gesundheit 2015, 9). Darüber hinaus sieht der Gesetzesentwurf vor, die primäre Prävention, sprich Impfungen oder Früherkennung von Krankheiten, zu fördern und weiterzuentwickeln. Ebenso soll die betriebliche Gesundheitsförderung gestärkt werden und künftig im Arbeitsschutz impliziert sein (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2015, 9).

3.3.2 Leitlinien

Als erstes Leitlinienkonzept zur Gesundheitsförderung wird die oben bereits ausführlich erläuterte Ottawa- Charta von 1986 angesehen. Das dort vorgestellte gesundheitspolitische Leitbild stellt die Umorientierung vom pathogenetischen Ansatz, das Verhüten von Krankheiten, hin zum salutogenetischen Ansatz, der Förderung von Gesundheit dar. Die dazu notwendigen Handlungsmaximen sind in Punkt 3.2.1 aufgeführt.

Durch den Leitfaden Prävention vom Spitzenverband der GKV werden Kriterien und Handlungsfelder für Leistungen der Krankenkassen gemäß §§20 und 20a des SGB V festgelegt. Ziel ist es, bei der Stärkung gesundheitlicher Potentiale und Ressourcen sowie der Vorbeugung von Krankheiten, den Versicherten zu unterstützen. Maßnahmen, die nicht diesen Handlungsfeldern entsprechen, dürfen nicht nach den oben genannten Paragraphen gefördert oder durchgeführt werden (vgl. GKV- Spitzenverband 2010, 5). Primäre Handlungsfelder sind demnach das Behandeln arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren und des Arbeitsschutzes, gemäß den oben vorgestellten Paragraphen 1 und 14, SGB VII. Weiter die Bedarfsorientierung, die nach dem Kosteneffektivitätsprinzip funktioniert und damit gerade die notwendige Menge an Ressourcen aufgebracht wird, die es benötigt um auftretende Risikofaktoren zu beseitigen. Unter dem Feld betriebliche Gesundheitsförderung werden alle Maßnahmen subsumiert, die der Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz dienen. Bei Prävention wird darauf verwiesen, dass die Primärprävention § 1 Abs. 1, SGB V genügt. Sekundär- und Tertiärprävention werden hierunter nicht aufgeführt. Qualität aus wissenschaftlicher Sicht in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu unterteilen, ist in diesem Zusammenhang nicht ausreichend. Wichtig sind zudem die Konzept- und Planungsqualität, da diese den Bedarf und Zugang zu den Leistungen ermitteln. Die Qualitätssicherung dient vor allem der Aufrechterhaltung und Optimierung von Produktions- bzw. Dienstleistungsabläufen. Zuletzt wird festgelegt, dass Fördermaßnahmen besonders erfolgreich sind, wenn sie beim Setting, das heißt in der mittelbaren Lebenswelt des Individuums, ansetzen (vgl. GKV- Spitzenverband 2010, 83ff).

Die Luxemburger Deklaration ist ein Netzwerk, das sich aus Organisationen aller Mitgliedsstaaten der Europäischen Union zusammensetzt. Ziel ist der Erfahrungsaustausch um erfolgreiche Praxisbeispiele zur Umsetzung von betrieblicher Gesundheitsförderung kennen zu lernen und zu verbreiten. Aus diesem Netzwerk geht ein gleichnamiges Dokument hervor, dessen aufgestellten Grundsätzen zum Arbeits- und Gesundheitsschutz sich Unternehmen, Betriebe, Behörden und Institutionen verpflichten können. Zu diesen Grundsätzen zählen,

- dass Beschäftigte als Erfolgsfaktor und nicht als Kostenfaktor verstanden werden,
- die Unternehmenskultur und der Führungsstil sich an Mitarbeiterbeteiligungen und Verantwortungsübernahme der Mitarbeiter orientiert,
- die Arbeitsorganisation ein ausgewogenes Verhältnis zwischen Anforderung und eigenen Fähigkeiten und die Einflussnahme auf Arbeit und soziale Unterstützung zulässt,

- die Verankerung von Gesundheitszielen in der Personalpolitik,
- die Integration von Arbeits- und Gesundheitsschutz,
- das Einbeziehen aller Beschäftigten bei gesundheitlichen Fragen,
- die systematische Durchführung von Maßnahmen und Projekten
- sowie dem Ausbauen von Schutzfaktoren und Ressourcen bei zeitgleichem Abbau von Risikofaktoren (vgl. Luxemburger Deklaration, 2007).

3.4 Kampagnen zur Gesundheitsförderung

Auf Grundlage vorgestellter rechtlicher Rahmenbedingungen und Leitlinien werden Kampagnen mit dem Ziel der Gesundheitsförderung entwickelt und umgesetzt. Nachstehend wird eine Kampagne exemplarisch vorgestellt.

Move Europe

Move Europe ist eine Kampagne des Europäischen Netzwerks für Betriebliche Gesundheitsförderung (ENHWHP). Ziel ist die Bedeutung und Durchführung betrieblicher Gesundheitsförderung länderübergreifend in der EU zu stärken und bereits existierende, gute Beispiele der Praxis in einer breiten Öffentlichkeit zu kommunizieren und zu verbreiten. Es wird dazu aufgerufen, Partner der Kampagne zu werden und an einer sogenannten *Best-Practice* Befragung teilzunehmen, die von einer Jury ausgewertet wird und die besten Umsetzungen betrieblicher Gesundheitsförderung mit dem *Unternehmenspreis Gesundheit* auszeichnet (vgl. BKK 2007).

Mittelpunkt der Bestrebungen ist die Förderung eines gesunden Lebensstils im Arbeitsumfeld, der maßgeblich von körperlicher Aktivität, Ernährung und psychischer Gesundheit beeinflusst wird. Die Kampagne wird durch medienwirksame Veranstaltungen rund um teilnehmende Unternehmen und durch eine verstärkte Internetpräsenz unterstützt und soll durch gemeinschaftliches Handeln der Unternehmen den Dialog zu Beteiligten des Gesundheitssystems und Politik fördern (vgl. BKK 2007).

„Öffentlichkeits- und dialogorientierte Aktionen zu gesundheitsbezogenen und gesundheitsorientierten Themen können für Unternehmen (...) besonders wichtig sein, wenn es darum geht, (...) die Unterstützung von Multiplikatoren, Experten, Interessensvertretern und Entscheidungsträgern zu erlangen“ (Kreyher 2001, 31).

4 Betriebliches Gesundheitsmanagement

Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) ist notwendig um die Gesundheit bzw. das Wohlbefinden am Arbeitsplatz, die Arbeitsfähigkeit der Mitarbeiter sowie das Wollen und Können von Leistungserbringung herzustellen, zu erhalten und zu fördern (vgl. Jancik 2002, 14ff).

„In Anbetracht der wachsenden Anforderungen und des steigenden Bedarfs an qualifiziertem Personal werden gesundheitsbezogene Programme zur Erhaltung und Aktivierung der Potentiale und der Produktivität der Mitarbeiter (...) entwickelt und angeboten werden müssen“ (Kreyher 2001, 31).

Diese Grundhaltung muss in Unternehmenswerten und –zielen zum Ausdruck kommen, denn sie stellt zugleich das Fundament unternehmerischen Erfolgs dar. Nur durch eine bewusste Auseinandersetzung mit Gesundheit von Mitarbeitern ist eine Investition ins Humankapital und der davon versprochene Wettbewerbsvorteil von Nutzen. Ein integriertes BGM hilft Unternehmen dabei, Ängste oder Überforderungen von Mitarbeitern zu erkennen und abzubauen. Dadurch können auf Grund rationaler Entscheidungen Planungen und Prozesse durchgeführt werden. Maßnahmen des BGM können nicht vereinheitlicht auf beliebige Unternehmen angewandt werden. Es ist immer eine situative und zielgerichtete Analyse beteiligter Personen und der Begebenheiten im Betrieb notwendig (vgl. Jancik 2002, 14ff).

Die theoretischen Annahmen belegen folgende Zahlen und Fakten. Rund ein Drittel der Beschäftigten in Deutschland leiden unter Stress am Arbeitsplatz. Auch das Durchschnittsalter der Beschäftigten nimmt, allein von 1993 bis 2003 von 39 auf 41 Jahre, stetig zu. Durch die Verschiebung der Alterspyramide ist die Tendenz weiter steigend. Mit zunehmendem Alter erhöhen sich auch krankheitsbedingte Fehltage pro Mitarbeiter, die sich betriebswirtschaftlich enorm auswirken. Jährlich entstehen dadurch in Deutschland arbeitsbedingte Krankheitskosten in Höhe von 39 Milliarden Euro. Mittels betrieblicher Gesundheitsförderung lassen sich Fehlzeiten um bis zu 34% senken und verringern damit anfallende Krankheitskosten. Voneinander unabhängig durchgeführte Studien belegen diese Annahme und gehen von einem Kosten- Nutzen- Verhältnis von 1:2,5 bis 1:4,85 aus. D.h. jeder ins BGM investierte Euro spart bei den Fehlzeitenkosten 2,50 bis 4,85 Euro ein. Bei den Krankheitskosten liegt das Einsparpotential bei bis zu 5,90 Euro pro investiertem Euro (vgl. BKK 2005, 2ff).

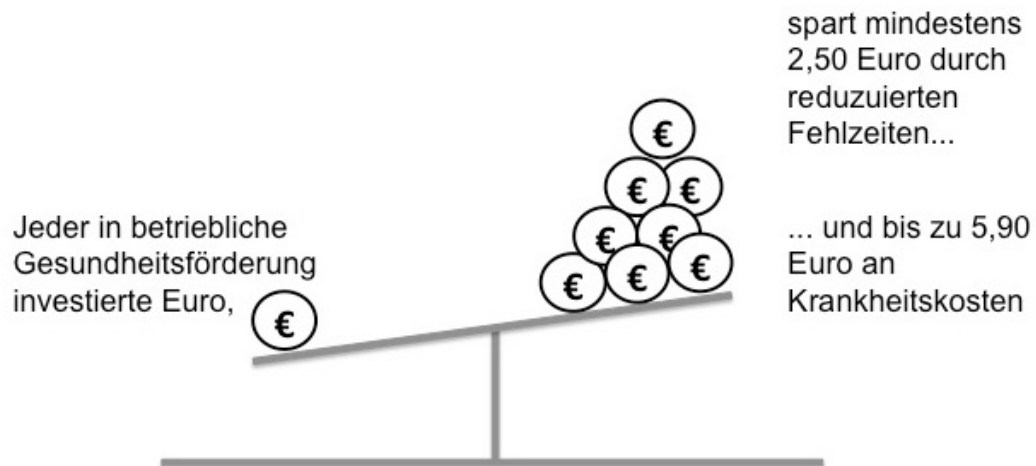


Abbildung 5: Kosten-Nutzen-Rechnung betriebl. Gesundheitsförderung
 Quelle: Eigene Darstellung, nach BKK www.bbgk.de/bkk/faktenspiegel/bkk0512_9.jpg (05.05.15)

4.1 Definition Betriebliches Gesundheitsmanagement

Ähnlich den vorherigen Definitionsansätzen gibt es auch beim BGM keine allgemeingültige Definition. Vielmehr werden durch die unterschiedlichen Ansätze verschiedene Sichtweisen bzw. Perspektiven und Handlungsmaxime, nach denen sich ein erfolgreiches BGM richten soll, deutlich. Zum besseren Verständnis der nachfolgenden Erläuterungen eine komprimierte Definition nach Wegner.

„Betriebliches Gesundheitsmanagement ist die systematische, zielorientierte und kontinuierliche Steuerung aller betrieblichen Prozesse mit dem Ziel, Gesundheit, Leistung und Erfolg für den Betrieb und alle seine Beschäftigten zu erhalten und zu fördern“ (Wegner 2009, 13).

4.2 Sichtweisen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements

Konkreter kann unter BGM „die Entwicklung integrierter betrieblicher Strukturen und Prozesse, die die gesundheitsförderliche Gestaltung von Arbeit, Organisation und dem Verhalten am Arbeitsplatz zum Ziel haben und den Beschäftigten wie dem Unternehmen gleichermaßen zugute kommen“ (Badura/Ritter/Scherf 1999, 17) verstanden werden. Ulich und Wülser definieren die primären Aufgaben des BGM „in der Schaffung persönlichkeits- und gesundheitsförderlicher Arbeitsstrukturen und einer dementsprechenden Gestaltung der Arbeitsaufgaben und der Arbeitsorganisation“ (Ulich/Wülser 2012, 195). BGM ist nur mit einem ausgearbeiteten Konzept, das auf Grund rationaler Entscheidungen in Prozesse und Strukturen eingebunden wird, erfolgsversprechend (vgl. Ulich/Wülser, 2012: 195 ; Jancik 2002, 15).

Aus den vorgestellten Ansätzen lassen sich drei Perspektiven, die bei der Implementierung eines BGM betrachtet werden müssen, ableiten:

1. Perspektive des Individuums
2. Perspektive der Arbeitsbedingungen
3. Perspektive der Organisation

Die Perspektive des Individuums ist hierbei die meist betrachtete. Sie ist in Anlehnung an die Verhaltensprävention zu verstehen. Ziel ist es das Individuum für gesundheitsförderliches Verhalten zu sensibilisieren. Dabei spielt die handlungsrelevante Wissensvermittlung eine wichtige Rolle, mit deren Hilfe in der Folge vorgesehene Trainingsmaßnahmen besser umgesetzt werden. Diese Maßnahmen sollen das Individuum zu einem ganzheitlichen und gesundheitsorientiertem Verhalten in der Arbeitswelt, aber auch im privaten Umfeld befähigen. Mit Blick auf die Arbeitsbedingungen belasten diese die Gesundheit eines Menschen mehr oder weniger. Ziel jeder Maßnahmenplanung ist daher die Schaffung einer unmittelbaren gesundheitsförderlichen Arbeitsumgebung. Dem inbegriffen sind sogenannte harte und weiche Faktoren. Zu den harten Faktoren zählen unter anderem Büroeinrichtung, abteilungsinterne Prozesse aber auch Arbeitswerkzeuge und Maschinen. Die harten Faktoren werden im klassischen Arbeitsschutz ausgiebig berücksichtigt.

Zu den weichen Faktoren werden die Kommunikationskultur im Unternehmen, das Problem- und Konfliktverhalten im Team oder das Betriebsklima gezählt. Sie haben positiv wie negativ Auswirkung auf gesundheitsförderliches Handeln und werden bis dato nur im Rahmen des BGM mit einbezogen. Die organisationale Perspektive betrachtet die Rahmenbedingungen, die in einem Unternehmen gegeben sind. Es sollen Bedingungen geschaffen werden, die abteilungsinternem und abteilungsübergreifendem gesundheitsförderlichen Verhalten zuträglich sind. Hier ergriffene Maßnahmen sind der Verhältnisprävention zuzuordnen. Sie zielen auf eine ganzheitliche, gesunde Unternehmenskultur ab, die Aufbau- und Ablauforganisation von Projekten, den Führungsstil, Arbeitszeitenregelung sowie Vergütungs- und Anreizsysteme einbezieht (Kesting/ Meifert 2004, 30f). Kesting und Meifert beziehen sich bei der Darstellung unterschiedlicher Sichtweisen des BGM auf eine weitere Perspektive.

4. Perspektive der Umwelt

Um BGM tatsächlich als umfassend und ganzheitlich bezeichnen zu können muss der Blick über die Unternehmensgrenze hinaus, ins private Umfeld des Menschen gerichtet werden. Die Arbeit endet nicht abrupt mit dem Verlassen des Betriebes. Als eine der grundlegenden Voraussetzungen für Gesundheit gilt demnach die Balance von Arbeit

und Freizeit. Dazu werden die allgemeinen Lebensverhältnisse des Betroffenen sowie Urlaubs- und Freizeitverhalten gezählt. Kann das Individuum ein ausgewogenes Verhältnis herstellen, ist dies in hohem Maße gesundheitsförderlich (vgl. Kesting/Meifert 2004, 31).



Abbildung 6: Perspektiven des BGM
Quelle: Eigene Darstellung nach Kesting/Meifert 2004, 32

Verallgemeinernd soll BGM "bedarfsgerecht, wirksam und wirtschaftlich praktiziert" werden (Badura/ Ritter/ Scherf 1999, 18). Übergeordnete Ziele sind folglich die Senkung von Kosten, bei zeitgleicher Erhöhung der Mitarbeitermotivation sowie deren Kreativität und Flexibilität. Darüber hinaus gilt es chronische Erkrankungen zu vermeiden und die Wiedereingliederung zu erleichtern (vgl. Badura/Ritter/Scherf 1999, 34f).

4.3 Aufbau- und Ablauforganisation

BGM wird als Führungsaufgabe verstanden. Nur durch Einbeziehen aller Managementebenen in Planungs- und Entscheidungsprozesse kann das Thema ganzheitlich und nachhaltig bearbeitet werden (vgl. Ulich/Wülser 2012, 211). Dabei sind drei Gesundheitsmanagementebenen (GME) zu berücksichtigen, die in komplementären Zusammenhang stehen.

Auf der normativen GME ist die Aufgabe der Führung Gesundheitsleitsätze und – visionen zu formulieren. Für diese muss ein Leitbild aufgestellt werden, das sich motivierend auf die Mitarbeiter auswirkt gesundheitsförderliche Ideen und Werte im Unternehmensalltag wahrzunehmen und zu leben. Die strategische GME dient der Schaffung und Erhaltung gesundheitlicher Erfolgspotentiale. Zu diesen zählen ganzheitlich zufriedene und gesunde Mitarbeiter, die die Voraussetzung für Erfolg und Liquidität des Unternehmens sind. Die Führung der operativen GME zielt auf ein zielkonformes und erfolgsversprechendes Ausschöpfen der Erfolgspotentiale, um somit in der Folge eine bessere Liquidität zu generieren, ab (vgl. Siller/Cibak 2014, 178). Eine passende Hypothese dazu lautet. „Je mehr es der normativen Führung gelingt, leistungsfähige Mitarbeiter für die vereinbarten Ziele zu motivieren, eine positive Grundhaltung und eine solide Unternehmenskultur zu schaffen und zu fördern, umso eher stellen sich strategischer Erfolg (...), operativer Erfolg (...) und finanzieller Erfolg (...) ein“ (Siller/Cibak 2014, 178).

Darüber hinaus erfordert BGM eine „dauerhafte Institutionalisierung und Systematisierung von Strukturen und Prozessen“ (Badura/Ritter/Scherf 1999, 46). Damit sind z.B. Projekte gemeint, die nach Ablauf ihrer zeitlichen Frist dauerhaft in der Tagesroutine des Unternehmens verankert sind.

4.3.1 Strukturen

Unter Strukturen werden im Zusammenhang des BGM „alle zeitlich relativ stabilen Elemente und Instrumente (...) und deren Verzahnung mit der Aufbauorganisation eines Unternehmens“ (Badura/Ritter/Scherf 1999, 70) verstanden. „Dies können Konzepte oder Leitbilder, Ausstattung oder auch die Fort- und Weiterbildung sein. Die interne und externe Vernetzung von betrieblichen Experten ist dabei ein weiteres wichtiges Strukturelement, das der längerfristigen Integration des Gesundheitsmanagements in den Unternehmen dient“ (Badura/Ritter/Scherf 1999, 70). Um diesem Anspruch gerecht zu werden ist es notwendig ein Steuerungselement in Form eines Lenkungskreises zu errichten, der fortan mit der Erarbeitung einer individuellen Gesundheitsstrategie für das Unternehmen vertraut wird. Außerdem legt er Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten fest, steuert und betreut die einzelnen Projekte, trägt die Arbeitsergebnisse zusammen, ist in überwachender Funktion zur Umsetzung von Maßnahmen tätig und berät im Zuge des Projektmarketings über geeignete Informations- und Kommunikationskonzepte. Letztlich entscheidet der Lenkungskreis auch darüber, ob externe Berater zur Hilfe gezogen werden sollen oder nicht (vgl. Ulich/Wülser 2012, 133f). Alle Vereinbarungen über bspw. Ziele, Instrumente und Inhalte werden schriftlich fixiert. Weiter ist die Ausstattung von Bedeutung. Gibt es geeignete Räumlichkeiten für geplante Maßnahmenumsetzungen, verfügt das Unternehmen über

entsprechende Datenauswertungsprogramme und ist eine solide Budgetplanung erfolgt (vgl. Badura/Ritter/Scherf 1999, 70f).

4.3.2 Prozesse

Tätigkeiten, die in Wechselbeziehung oder Wechselwirkung zueinander stehen werden als Prozesse bezeichnet. Im BGM sollten diese ständig und anlassbezogen sein. (vgl. Jancik 2002, 124). Die Kernprozesse sind in einen Lernzyklus eingebunden, der organisationales und kollektives Lernen voraussetzt. Dafür ist es notwendig eine lernfreundliche Infrastruktur zu schaffen, welche einen regen Erfahrungsaustausch ermöglicht. Es ist also nicht nur die Institutionalisierung von angesprochenen Strukturen und Kernprozessen bedeutend, sondern ebenso die Institutionalisierung des Wissensaustauschs. Diese können in Form von Weiterbildungsmaßnahmen, Intranet, Betriebszeitung oder durch schwarze Bretter erfolgen (vgl. Badura/Ritter/Scherf 1999, 48ff). Die oben angesprochenen Kernprozesse des BGM werden in der Folge genauer erläutert.

Am Anfang steht eine Zieldefinition, die der Auftrags-, Rollen- und Ressourcenklärung dient. Alle weiteren Schritte leiten sich von dieser ab. Der Handlungsrahmen wird dadurch grob abgesteckt. Dabei sind die Ziele nicht zwangsläufig Lösungsansätze, die sich aus der organisationalen Problemsituation ergeben, sondern "müssen immer aus einem Abwägungsprozess zwischen den Möglichkeiten und den Handlungsfeldern des Unternehmens resultieren" (Kesting/Meifert 2014, 36). Die konkrete Maßnahmenplanung beginnt jedoch erst in der Analysephase. Auftrags- und Rollenklärung sollten ebenfalls im Zuge der Zieldefinition geklärt werden und eine Projektgruppe Gesundheit installiert werden. Dieser sollten Vertreter jeder Interessensgemeinschaft mit unterschiedlichen Qualifikationen angehören. Auf unternehmensinterner Seite Geschäftsführung und Arbeitnehmervertreter und auf der anderen Seite externe Berater, aber auch externe Institutionen wie Berufsgenossenschaft, Krankenkasse und betriebsärztlicher Dienst. Erste Absprachen bezüglich Budget, Personal und zeitlichem Rahmen müssen hier getroffen werden und eine interne Kommunikationsstruktur festgelegt werden (vgl. Kesting/Meifert 2014, 36f).

Bevor die eigentliche Analysephase beginnt ist es wichtig alle Mitarbeiter über geplante BGM- Vorhaben zu informieren. Mit Blick auf die Partizipation der Mitarbeiter ist dies von grundlegender Bedeutung (vgl. Kesting/Meifert 2014, 37). Die Analysephase zielt auf "die wissenschaftliche Erfassung eines Ist- Zustandes. (...) Hierunter wird eine entscheidungsorientierte Beobachtung und Bewertung gesundheitlicher Bedürfnisse und der darauf zielenden Leistungen im betrieblichen Gesundheitsmanagement verstanden" (Badura/Ritter/Scherf 1999, 83). Um die professionelle Implementierung

des BGM zu gewährleisten ist es sinnvoll eine Mehrebenen- Analyse durchzuführen. Neben der quantitativen Datenerhebung (bspw. Fragebogen) werden auch qualitative (bspw. Gruppeninterview) und Tätigkeitsbeobachtungen (Expertensicht) in den Analyseprozess einbezogen (vgl. Ulich/Wülser 2012, 170ff). Die Errichtung eines Gesundheitszirkels, der fortan aktiv bleiben soll und Handlungsfelder für spätere Interventionen bestimmt, ist ein weiteres wichtiges Instrument.

In der Maßnahmenplanungs- und Durchführungsphase werden zunächst die Analyseergebnisse ausgewertet und dadurch Prioritäten auf die wichtigsten Handlungsfelder gesetzt. Darüber hinaus müssen eindeutige personelle Verantwortungsbereiche festgelegt werden und Messkriterien definiert werden. Nur so ist eine spätere Evaluation und Qualitätsbewertung möglich. Zeit- und Budgetplan bedingt eine gewünschte Maßnahmenentwicklung (vgl. Badura/Ritter/Scherf 1999, 94 ; Kesting/Meifert 2014, 38). Bei Festlegung der Maßnahmen sollte deren Wirkungsebene und Nutzenpotential vergegenwärtigt werden.

Wirkungsebene	Nutzenpotential	Beispiele
Individuum	<ul style="list-style-type: none"> - Verbesserung von Gesundheit - Verringerung von Krankheit - Steigerung von Motivation/ Leistungsfähigkeit 	<ul style="list-style-type: none"> - Erholungsfähigkeit - Arbeitszufriedenheit - Muskel-Skelett-Erkrankung - Motivation/ Engagement
Arbeitstätigkeit und Arbeitsgruppe	<ul style="list-style-type: none"> - Belastbarkeit verbessern - Ressourcen stärken 	<ul style="list-style-type: none"> - Anerkennung - soziale Unterstützung - Zeitdruck - Vorgesetztenverhalten
Unternehmen	<ul style="list-style-type: none"> - Produktivität erhöhen - Kosten einsparen 	<ul style="list-style-type: none"> - Mitarbeiterfluktuation - Fehlzeitenquote
Gesellschaft	<ul style="list-style-type: none"> - Reduzierung volkswirtschaftlicher Kosten 	<ul style="list-style-type: none"> - Krankengeld - Kosten der ambulanten Versorgung

Abbildung 7: Wirkungsebene und Nutzenpotential
Quelle: Eigene Darstellung, nach Ulich/Wülser, 2012: 206

Das dargestellte Nutzenpotential auf den unterschiedlichen Wirkungsebenen führt zu einer verbesserten Gesundheit auf körperlicher Ebene, wodurch auch der Geist gestärkt wird. Die erhöhte Motivation und Leistungsbereitschaft wirkt sich auf die jeweilige Arbeitsgruppe aus, stärkt die Ressourcen und bedingt eine bessere Arbeitsbewältigung. Dadurch kommt es zur Produktivitätssteigerung und damit verbunden Kosteneinsparungen im Unternehmen. Der verbesserte ökonomische Aspekt im Unternehmen spiegelt sich in der Gesellschaft wider, da auf Grund geringerer Arbeitsunfähigkeitszeiten, die durch Krankheit hervorgerufen werden, ebenfalls volkswirtschaftliche Kosten sinken (vgl. Ulich/Wülser 2012, 206).

Die Evaluation und Qualitätssicherung im BGM sollte systemisch und fortlaufend erfolgen. Nur so können Ressourcen für folgende Projekte und Maßnahmen generiert und effizient ausgeschöpft werden. Außerdem ermöglicht sie es bereits bei der Durchführung Zielabweichungen zu korrigieren und gegenzusteuern. Dazu ist es sinnvoll verschiedene Evaluationsstrategien im Vorfeld zu definieren und komplementär anzuwenden. Diese unterscheiden sich hauptsächlich darin ob sie während der Maßnahmen durchgeführt werden oder ob sie die Gesamtwirksamkeit einer Intervention prüfen (vgl. Kesting/Meifert 2014, 38f).

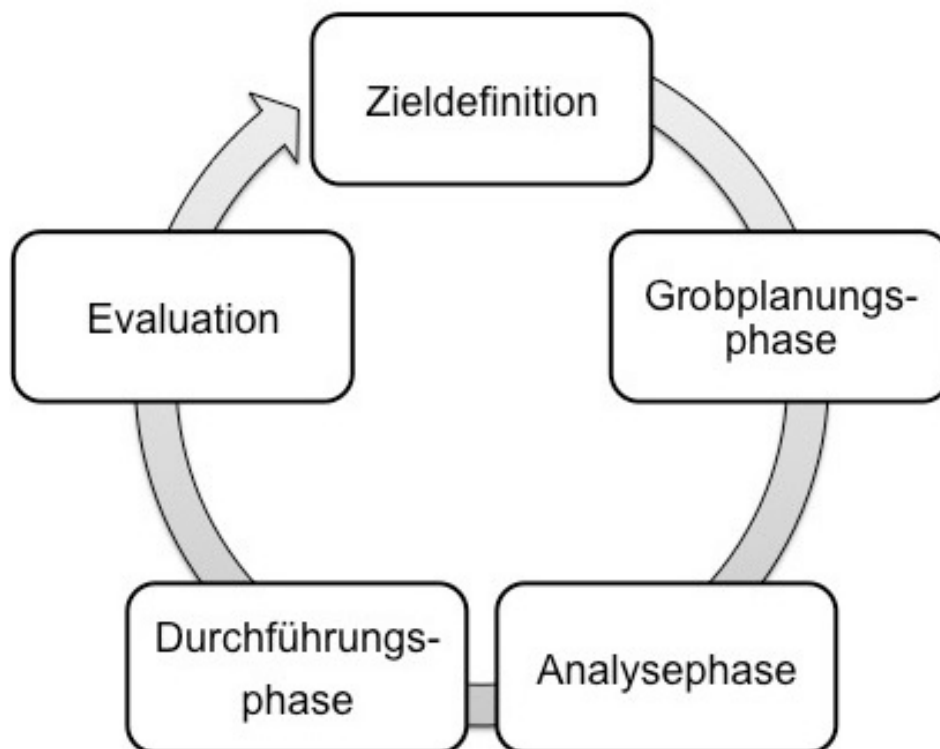


Abbildung 8: Implementierung eines BGM
Quelle: Eigene Darstellung

4.4 Verhaltens- und Verhältnisänderung

Alle im BGM ergriffenen Maßnahmen zielen auf eine Verhaltens- bzw Verhältnisänderung ab.

Zur Verhaltensänderung zählen alle Maßnahmen die Mitarbeiter „darin unterstützen, gesunde Verhaltensweisen aufzunehmen unter der Annahme, dass dieses einen verbesserten Gesundheitszustand zur Folge haben wird“ (Kreis/Bödeker 2003, 10). Diese können sehr unterschiedlich sein und variieren je nach Anforderungsprofil der Unternehmen stark. Häufig werden folgende verhaltensorientierte Maßnahmen angewandt.

- Organisationsentwicklung: Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten für Mitarbeiter bezüglich Teamarbeit und Jobrotation
- Unternehmenskultur: Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten für Fachkräfte bezogen auf Führungssystem und -stil
- Ergonomie: Rückenkurse oder spezifisches Muskeltraining
- Ernährung: Kurse und Beratung zu gesünderem Essverhalten
- Sucht: Tabakentwöhnungsangebote

(vgl. Froböse/Wilke/Biallas 2011, 12).

Die Durchführung solcher Maßnahmen im Unternehmen hat gegenüber öffentlicher gesellschaftlicher Angebote, den Vorteil, dass ein erleichterter Zugang zum Individuum durch die räumliche Nähe oder bereits vorhandene Kommunikationsstrukturen besteht. Das betriebliche und soziale Umfeld unterstützt das Individuum beim Prozess der Verhaltensänderung und es können mit vergleichsweise geringen Kosten Personen erreicht werden, die sonst keine Hilfe annähmen (vgl. Kreis/Bödeker 2003, 10f).

Unter Verhältnisänderung werden dagegen alle Maßnahmen subsumiert, „die die ergonomische Gestaltung der Arbeitsumgebung und Arbeitsmittel, aber auch entsprechende Arbeitsinhalte und die Arbeitsorganisation betreffen und mit Hilfe derer Gesundheitsgefahren beseitigt werden sollen“ (Kreis/Bödeker 2003, 38). Der Maßnahmenkatalog ist breit gefächert und damit auch die Reichweite groß. Zur Veranschaulichung folgt eine kurze Auswahl:

- Ergonomische Arbeitsplatzgestaltung (bspw. Sitzhaltung)
- Kantinenessen (bspw. vergrößertes Angebot von Bioprodukten)

- Errichtung von Gesundheitszirkeln
- Arbeitsorganisation (bspw. flexible Arbeitszeitmodelle)
- Führungssystem (bspw. Veränderung des Führungsstils im Unternehmen)

(vgl. Kreis/Bödeker 2003, 38f)

4.5 Rolle der Berufsgenossenschaft

Die gewerbliche Berufsgenossenschaft ist Sozialversicherungsträger, genauer Träger der gesetzlichen Unfallversicherung und damit Körperschaft des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung und finanziert sich durch Mitgliedsbeiträge. Die Aufgaben bzw. die Rolle der Berufsgenossenschaft im BGM ergibt sich aus der Sozialgesetzgebung. Demnach hat sie vorrangig die Aufgabe Arbeitsunfälle, Berufskrankheiten sowie arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren zu verhindern (vgl. SGB VII §14). Nach §17 SGB VII geschieht dies durch Beratung der Unternehmen im Hinblick auf Arbeits- aber auch Gesundheitsschutz. Darüber hinaus erlassen sie sogenannte Unfallverhütungsvorschriften, deren Umsetzung und Einhaltung sie zeitgleich überwachen (vgl. SGB VII §15).

4.6 Rolle der Betriebskrankenkassen

„Für Krankenkassen besteht die Aufgabe in der präventiven Unterstützung der Unternehmen und der Beschäftigten. Hierzu halten die Betriebskrankenkassen bewährte Instrumente bereit“ (vgl. Schweiß- Gerwin 2012, B2). Im Leistungsangebot der Betriebskrankenkassen (BKK) werden oben erläuterte Prozesse und Strukturen des BGM vorgestellt und initiiierend sowie beratend an Unternehmen herangetragen. Wichtige Aufgabe des BKK- Dachverbandes ist dabei die Unterstützung von gesundheitsförderlicher Versicherten- und Unternehmenskundenkommunikation sowie des fachlichen Austausch der BKK untereinander. Dazu gehört ebenso die überregionale und über Unternehmensgrenzen hinausreichende Verknüpfung von Gemeinschaftsprojekten zur betrieblichen Gesundheitsförderung. Durch Gründung und Leitung von Unternehmensnetzwerken und der allgemeinen Interessenvertretung gelingt es ihr, das Thema Gesundheit im Betrieb gesellschaftspolitisch voran zu treiben (vgl. BKK, 2015).

4.7 Rolle des betriebsärztlichen Dienst

Dem betriebsärztliche Dienst, aber vor allem dem Betriebsarzt, wird eine besondere Rolle im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung zu Teil. Er „ist im System „Betrieb“ der einzige Spezialist, der auf Grund seiner Ausbildung und seiner gesetzlich

definierten Aufgaben sowohl über den Arbeitsplatz als auch über die individuellen gesundheitlichen Voraussetzungen des Mitarbeiters informiert ist“ (Arnold 2010, 9). Daraus ergeben sich viele grundlegende Aufgaben im Rahmen des BGM, die die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV) in einem Leitfaden formuliert. Der Betriebsarzt soll mit Hilfe aussagekräftiger Kosten-Nutzen- Daten Motivator und Ideengeber für die Etablierung eines BGM sein. Dabei soll er bei der Planung von Strukturen und Prozessen als unternehmensinterner Berater zur Verfügung stehen und als Moderator der Projektgruppe fungieren. Er ist maßgeblich an der Auswertung von Ergebnissen der Analysephase beteiligt und gibt Hinweise für anzustrebende Interventionen. Der Spezialist motiviert und animiert Mitarbeiter zur Teilnahme an gesundheitlichen Förderungsprogrammen. Darüber hinaus unterstützt er die systematische und kontinuierliche Evaluation und wirkt an der Gestaltung von Ergebnisberichten im BGM mit (vgl. DGUV 2014, 20).

5 Schlussbetrachtung, Erfolgsfaktoren und Handlungsempfehlungen

Kritisch reflektiert, werden alle in der Literatur und dieser Arbeit bisher vorgestellten Ziele, Maßnahmen und Nutzenpotentiale aus Arbeitgebersicht betrachtet. Der Erfolg ist dabei von der Prämisse, dass alle Mitarbeiter über die Erkenntnis zur Notwendigkeit und Bereitschaft zur Teilnahme an BGM- Maßnahmen verfügen, abhängig.

Wie kommen Soziologen, Psychologen, Arbeitsmediziner und Arbeitgeber in Theorie zu der Annahme, den Großteil der Mitarbeiter mit Ihrem BGM erreichen und fördern zu können?

Das in Kapitel 2 ausführlich erläuterte Konzept der Salutogenese beschäftigt sich mit der Gesundheitsentstehung. Um diesen Prozess erfolgreich werden zu lassen ist es erforderlich, dass das Individuum Spannungszustände, hervorgerufen durch Stressoren, dank zur Verfügung stehender Widerstandsressourcen erfolgreich verarbeitet. Dies wird maßgeblich durch ein ausgeprägtes SOC bedingt, das die Welt als zusammenhängend, sinnvoll und in sich stimmig erleben lässt (vgl. Hurrelmann 2010, 123).

Projiziert auf den Betrieb, greifen die vier Arbeitsfelder des BGM (Individuum, Umwelt, Arbeitsbedingungen, Arbeitsorganisation) gleichermaßen ineinander. Dadurch entsteht ein zusammenhängender, nachvollziehbarer und in sich stimmiger BGM- Prozess, der der betrieblichen Gesundheitsentstehung und -förderung im Sinne des SOC zuträglich ist.

In Anlehnung an die Komponenten des SOC und um den oben dargestellten BGM-Prozess als solchen zu begreifen, ist es wichtig das Gefühl von Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit mitarbeiterbezogen entstehen zu lassen und zu stärken. Dies gelingt im Betrieb durch Kommunizieren, Vorstellen und Begründen bevorstehender gesundheitsfördernder Maßnahmen.

Durch Kommunikation wird die Erwartung des Mitarbeiters erfüllt, mögliche Neuerungen im Betriebsablauf oder dem individuellen Arbeitsalltag als erklärbar und nachvollziehbar zu verarbeiten, das somit dem Gefühl der Verstehbarkeit Antonovskys entspricht.

Außerdem wird durch die gebotene Hilfestellung, in Form eines vorgegebenen BGM vom Arbeitgeber, das Vertrauen des Mitarbeiters in eigene Ressourcen gestärkt. Diese überzeugen den Mitarbeiter, bevorstehende und zu ergreifende gesundheitsförderliche Maßnahmen bewältigen und handhaben zu können. Im Salutogenese-Modell wird dieser Umstand als Gefühl der Handhabbarkeit bezeichnet. Dieser strukturellen Hilfe zu-

träglich ist das kollegiale Umfeld, an dessen Verhalten sich der Einzelne orientiert und leiten lässt. Geht der Kollege zum Förderprogramm wird es als Anreiz verstanden ihm es gleich zu tun.

Infolge der Begründung der BGM- Maßnahmen, d.h. das Aufzeigen von Notwendigkeiten für den Mitarbeiter selbst und dessen Gesundheit stärkt ihn darin am BGM teilzunehmen und es als willkommene Herausforderung, für die es lohnt seine Energie oder auch Zeit zu investieren, anzusehen. Antonovsky spricht hier vom Gefühl der Sinnhaftigkeit.

Vor dem Entstehungshintergrund und in Bezugnahme zum BGM kann die *Rolle der Salutogenese im Betrieblichen Gesundheitsmanagement* und bei der Gesundheitsförderung im Allgemeinen als grundlegend, einflussnehmend und deshalb als *sehr bedeutsam* beschrieben werden. Sie stellt die Grundlage einer jeden gesundheitsförderlichen Aktion dar und ist das erste Konzept, welches sich explizit mit der Gesundheitsentstehung des Organismus auseinandergesetzt hat. Mit Hilfe des Modells werden Mitarbeiter nicht nur zum Thema Gesundheit sensibilisiert, sondern auch zum gesunden Umgang mit Belastungen und Anforderungen befähigt. Ohne die Konzeption des Modells, wäre die Ottawa- Charta als Leitlinienkonzept zur Gesundheitsförderung nicht entstanden und BGM im heutigen Sinne nicht existent. Das Salutogenese- Modell prägt und beeinflusst nachhaltig den Grundgedanken der Gesundheitsentstehung und aller in dem Zusammenhang ergriffener Maßnahmen.

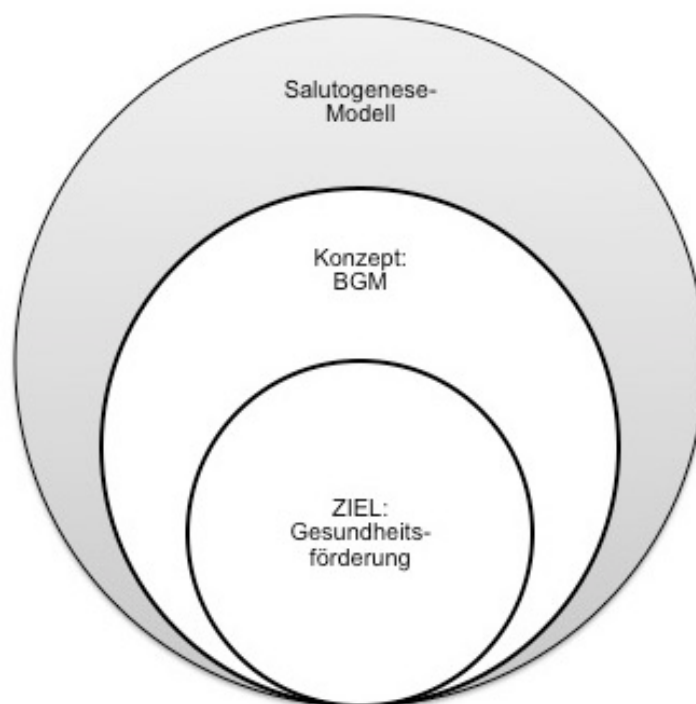


Abbildung 9: Teilziele und Grundlage der Gesundheitsförderung
Quelle: eigene Darstellung

Übergeordnet sind die Maßnahmen des BGM damit den Zielen der Gesundheitsförderung, die strategisch durch Berücksichtigung des Settingansatzes zu erreichen sind, im Sinne eines Teilziels zuträglich. Demnach muss Gesundheit gesellschaftspolitisch ganzheitlich betrachtet werden und darf nicht bloß die Aufgabe von Einzelpersonen oder –organisationen bzw. -unternehmen sein. Hier weisen die grundlegenden theoretischen Annahmen der Gesundheitsförderung eine leichte Diskrepanz zu den verwandten literarischen Quellen auf. Zwar wird Gesundheit im Unternehmensbild durch die vier Handlungsfelder ganzheitlich betrachtet, jedoch stellt die aktuelle Literatur keinen konkreten Bezug zum vorherrschenden Gesundheitssystem und deren Beteiligten her.

D.h. Gesundheit und deren Förderung wird im Betrieb isoliert betrachtet, aber nicht in bestehende Versorgungsstrukturen des Gesundheitssystems integriert. Der als so wichtig erachtete Settingansatz bei der Gesundheitsförderung wird damit noch immer ad absurdum geführt. Auf Grund zu vage formulierter Leitlinien, betitelten Lenkungs-kreisen *Gesundheit* im Betrieb oder Gesetzesentwürfen, sind konkrete Zuständigkeiten, klare Finanzierungsmodelle und ein kosteneffizientes interdisziplinäres Zusammenwirken der Systembeteiligten (Betrieb, Krankenkasse, Arzt, Staat) noch immer nicht gegeben bzw. zeigt die Literatur hier keine Handlungsempfehlungen auf.

Erfolgsfaktoren und Handlungsempfehlungen

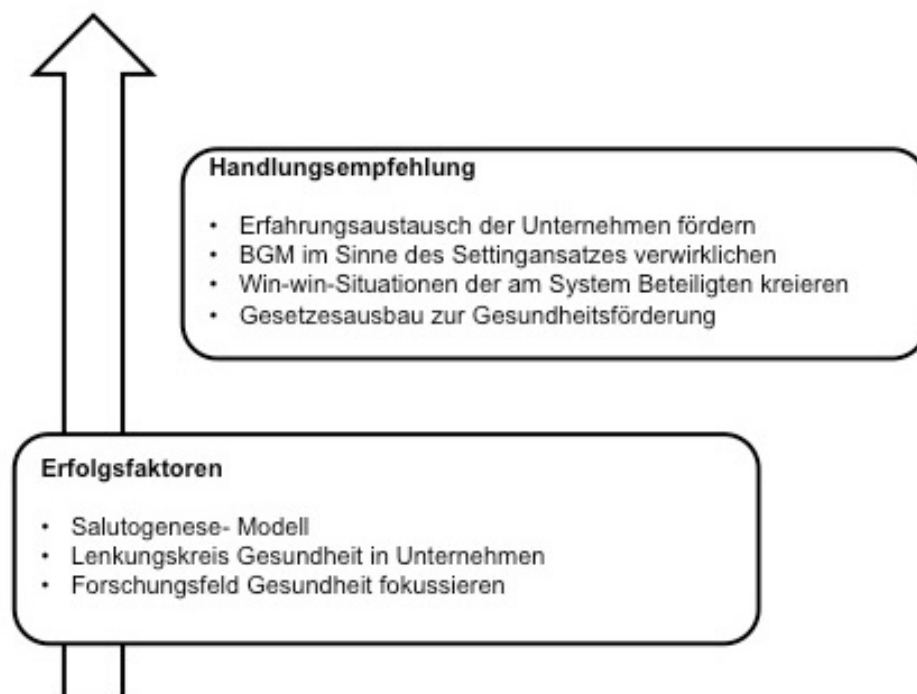


Abbildung 10: Erfolgsfaktoren und Handlungsempfehlungen
Quelle: eigene Darstellung

Resultierend kann Betriebliches Gesundheitsmanagement als Anstoß oder Impulsgeber zur gesellschaftspolitischen Gesundheitsförderung verstanden werden. Chancen und Potentiale, die damit einher gehen, werden bis dato jedoch noch nicht effizient ausgeschöpft. Die vorgestellten Erfolgsfaktoren stellen dabei die Grundlage dar, auf denen die Handlungsempfehlungen aufbauen.

Der zentrale Erfolgsfaktor des BGM und der Gesundheitsförderung im übergeordneten Sinn ist das Salutogenese-Modell. Wie bereits ausführlich erläutert ist das Konzept der Gesundheitsentstehung fundamental und maßgeblich für den Erfolg gesundheitsfördernder Maßnahmen verantwortlich.

Durch die Installation eines Lenkungskreises im Unternehmen, der fortan die strukturellen und prozessorientierten Maßnahmen plant, ausführt, optimiert und evaluiert, werden die Ziele des BGM nachhaltig verfolgt und in der Unternehmensstruktur implementiert. Somit wird Sorge getragen, das Thema Gesundheit möglichst reibungslos in den Betriebsablauf zu integrieren.

Um das Thema der Gesundheitsförderung gesellschaftspolitisch weiter voran zu treiben und akzeptabler zu gestalten, ist die Entstehung und Verbreitung der Gesundheitswissenschaft als neues Forschungsfeld, das in Kapitel 2 ausführlich durchleuchtet wurde positiv und erfolgsversprechend zu bewerten. Mit Hilfe wissenschaftlich fundierter Studien zur Förderung von Gesundheit wird die Akzeptanz in der Politik und die Toleranz in der Gesellschaft, solche Maßnahmen zu fördern und zu ergreifen, gestärkt. Darüber hinaus gibt die junge Wissenschaft neue Impulse in das heute noch stark pathogenetisch geprägte Gesundheitssystem.

Die zentralen Handlungsempfehlungen ergeben sich aus Problemstellungen bzw. Verbesserungspotentialen und Erfolgsfaktoren, die im Verlauf der Arbeit herausgearbeitet wurden. Um zukünftig das Thema Gesundheit im Betrieb flächendeckend bei Unternehmen einzubringen, wäre es hilfreich bestehende Netzwerke zum BGM auszubauen und den Erfahrungsaustausch sowie die Verbreitung der Maßnahmen zu fördern.

Außerdem besteht dringender Handlungsbedarf, Gesundheit im Sinne des Settingansatzes, ganzheitlich im bestehenden System zu begreifen und damit BGM im klassischen Gesundheitssystem zu integrieren. Die Sensibilisierung des Individuums für Gesundheit im generell pflichtbewussten und disziplinierten Arbeitsumfeld birgt die Chance und das große Potential, Gesundheitsförderung nachhaltig in der breiten Masse der Bevölkerung zu etablieren.

Unterstützend dazu, sollte der Dialog von Krankenkassen, Staat und Betrieb gefördert werden, klare Zuständigkeitsbereiche skizziert werden um so Win-win-Situationen zu schaffen, die dem Gemeinziel der Gesundheitsförderung zuträglich sind. Damit einher

geht der Ausbau vorhandener Gesetze und Strukturen zur Gesundheitsförderung und BGM. Diese untermauern und leiten schlussendlich die Ernsthaftigkeit der geführten Diskussion zur gesellschaftlichen Verbesserung von Gesundheit.

Gesundheit ganzheitlich zu betrachten und die Entstehung dieser als gesellschaftspolitische Aufgabe und nicht bloß als die des Individuums oder die der Unternehmen zu begreifen, sorgt für eine nachhaltige und permanente Auseinandersetzung mit dem Thema Gesundheit. Zukunftsweisend wird sich das Gesundheitssystem salutogenetischer ausrichten und die im Betrieb bereits stark verbreiteten Maßnahmen zur Gesundheitsförderung auch gesellschaftlich etablieren. Das Modell der Salutogenese ist in allen Bereichen der Gesundheitsförderung aktueller denn je.

Literatur- und Quellenverzeichnis

Antonovsky, Aaron (1979): Health, Stress and Coping. New Perspectives on mental and physical Well-being. Jossey- Bass. San Francisco.

Antonovsky, Aaron (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Übers. von Alexa Franke. dgvt- Verlag. Tübingen, (Band 36). (Orig.: Unraveling the Mystery of Health. How People manage Stress and stay well. 1987)

Arbeitsgesetze (2014): 84. Auflage, dtv- Verlag. München.

Arnold, Elisabeth (2010): Der Betriebsarzt als Akteur in der Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz. URL: www.gda-portal.de/de/pdf/Buero-Vortrag-VDBW.pdf?__blob=publicationFile. (05.05.15)

Badura, Bernhard/Ritter, Wolfgang/Scherf, Michael (1999): Betriebliches Gesundheitsmanagement – ein Leitfaden für die Praxis. Ed. Sigma Verlag. Berlin.

Bengel, Jürgen/Strittmatter, Regine/Willmann, Hildegard (2001): Was erhält Menschen gesund?. Antonovskys Modell – Diskussionsstand und Stellenwert. Erweiterte Neuauflage, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Köln.

BKK Dachverband (2007): Eine Kampagne stellt sich vor. We Move Europe. URL: www.dnbgf.de/fileadmin/texte/Downloads/uploads/dokumente/2007/Gesamtkoordinator_entreffen/BKK_MoveEurope_A4_Imagebroschuere_RZ_prev.pdf. (27.05.15)

BKK Dachverband (2005): Faktenspiegel. URL: www.dnbgf.de/fileadmin/texte/Downloads/uploads/dokumente/955_BKK_Faktenspiegel.pdf. (06.05.15)

BKK Dachverband (2015): Gesundheitsförderung. URL: www.bkk-dachverband.de/ueber-uns/bkk-dachverband-ev/gesundheitsfoerderung/. (06.05.15)

Bogs, Walter/Gitter, Wolfgang/Wannagat, Georg (1985): Die Sozialgerichtsbarkeit. Chmielorz Verlag. Wiesbaden.

Bundesministerium für Gesundheit (2015): Ratgeber zur Prävention und Gesundheitsförderung. 7. aktualisierte Auflage, Bundesministerium für Gesundheit. Berlin.

BZGA (2010): Settingansatz/ Lebensweltansatz. URL: www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/?idx=76. (28.05.15)

DGUV (2014): Leitfaden für Betriebsärzte zu Aufgaben und Nutzen betriebsärztlicher Tätigkeit. URL: www.dguv.de/medien//inhalt/praevention/themen_a_z/arbmed/documents/leitfaden_nutzen.pdf. (05.05.15)

Diesfeld, Hans Jochen/Albrecht, Jahn (2006): Internationale Gesundheitsorganisationen. In: Hurrelmann, Klaus/Laaser, Ulrich/Razum, Oliver (Hrsg.): Handbuch Gesund-

heitswissenschaften. 4., vollständig überarbeitete Auflage, Juventa Verlag. Weinheim, München, 1201-1237.

DNBFG (2007): Luxemburger Deklaration. Zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union. URL:
www.dnbfg.de/fileadmin/texte/Downloads/uploads/dokumente/2011/Luxemburger_Deklaration_09_11.pdf. (23.04.15)

Faltermaier, Toni (2005): Gesundheitspsychologie. Kohlhammer Verlag. Stuttgart.

Franke, Alexa (2012): Modelle von Gesundheit und Krankheit. 3. überarb. Auflage, Huber Verlag. Bern.

Froböse, Ingo/Wilke, Christiane/Biallas, Bianca (2011): Unternehmen unternehmen Gesundheit. URL:
www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Praevention/Broschueren/Broschue_re_Unternehmen_unternehmen_Gesundheit_-_Betriebliche_Gesundheitsfoerderung_in_kleinen_und_mittleren_Unternehmen.pdf. (06.05.15)

GKV- Spitzenverband (2010): Leitfaden Prävention. URL:
www.gkvspitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/GKV_Leitfaden_Praevention_RZ_web4_2011_15702.pdf. (06.05.15)

Hurrelmann, Klaus/Klotz, Theodor/Haisch, Jochen (Hrsg.) (2014): Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. In: Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. 4., vollständig überarbeitete Auflage, Hans Huber Verlag. Bern, 13-25.

Hurrelmann, Klaus (2010): Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. 7. Auflage, Juventa Verlag. Weinheim, München.

IHK (2015): www.m-r-n.com/start/regionalplanung-und-entwicklung/gemeinschaftliche-regionalentwicklung/gesundheit/betriebliches-gesundheitsmanagement.html. (10.06.15)

Kesting, Matthias/Meifert, Matthias (2004): Strategien zur Implementierung des Gesundheitsmanagements im Unternehmen. In: Meifert, Matthias/ Kesting, Matthias (Hrsg.): Gesundheitsmanagement im Unternehmen. Konzepte, Praxis, Perspektiven. Springer Verlag. Berlin, Heidelberg, 29-41.

Kreis, Julia/Bödeker, Wolfgang (2003): Gesundheitlicher und ökonomischer Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention. URL:

www.iga-info.de/fileadmin/Veroeffentlichungen/iga-Reporte_Projektberichte/iga-Report_3_Nutzen_Praevention_Gesundheitsfoerderung_Betrieb_Evidenz.pdf.
(05.05.15)

Kreyher, Volker (Hrsg.) (2001): Marketing: Strategie, Trends und Chancen. Gesundheits- und Medizinmarketing – Herausforderung für das Gesundheitswesen. In: Handbuch Gesundheits- und Medizinmarketing. Chancen, Strategien und Erfolgsfaktoren. R.v. Decker- Verlag. Heidelberg, 1-53.

Lamnek, Siegfried (2005): Qualitative Sozialforschung. Beltz Verlag. Weinheim.

Leppin, Anja (2014): Konzepte und Strategien der Prävention. In: Hurrelmann, Klaus/Klotz, Theodor/Haisch, Jochen (Hrsg): Lehrbuch Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. 4., vollständig überarbeitete Auflage, Hans Huber Verlag. Bern, 36-45.

Lorenz, Rüdiger- Felix (2004): Salutogenese. Grundwissen für Psychologen, Mediziner, Gesundheits- und Pflegewissenschaftler. Reinhardt Verlag. München, Basel.

Pflanz, Manfred (1973): Allgemeine Epidemiologie. Aufgaben, Technik, Methoden. Thieme Verlag. Stuttgart.

Schweiß- Gerwin, Guido (2012): Mehr in die Gesundheit der Mitarbeiter investieren. In: Frankfurter Allgemeine Zeitung 104, 04.05.12 Seite B2.

Siller, Helmut/Cibak, Lubos (2014): Betriebswirtschaftliche Aspekte von Gesundheit und betrieblichem Gesundheitsmanagement. In: Stierle, Jürgen/Vera, Antonio: Handbuch Betriebliches Gesundheitsmanagement. Unternehmenserfolg durch Gesundheits- und Leistungscontrolling. Schäffer- Poeschel Verlag. Stuttgart 2014, 151-195.

Sozialgesetzbuch (2013): 42. Auflage, dtv- Verlag. München.

Wegner, Björn (2009): Leitfaden „Betriebliches Gesundheitsmanagement – in 6 Schritten zum Erfolg“. Unfallkasse des Bundes. Wilhelmshaven, 2009. URL: www.uk-bund.de/downloads/Fachinformationen%20AP/Leitfaden_BGM1_pdf_Datei.pdf.
(05.05.15)

World Health Organisation (1946): Constitution. Genf 1946. URL: www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf. (21.04.15).

World Health Organisation (1986): Ottawa- Charta zur Gesundheitsförderung. URL: www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf.
(24.04.15).

World Health Organisation (1946): Verfassung. New York 1946. URL:
www.admin.ch/opc/de/classifiedcompilation/19460131/201405080000/0.810.1.pdf.
(23.04.15).

Lebenslauf

Persönliche Daten

Name: Mathias Kappel



Straße: Großfeldstraße 4

Wohnort: 68199 Mannheim

Telefon: 0172/ 7343779

E-Mail: mathias_kappel@web.de

Geburtsdatum: 01.02.1994

Beruflicher Werdegang

März 2014 – heute
AKTzwei GmbH
Projektassistenz

- Planung und Durchführung von Veranstaltungen
- Gestaltung neuer, innovativer Kommunikationswege
- Vermarktung von Produktneueinführungen

Juli 2012 – August 2013
ZF Friedrichshafen AG
Aushilfsstelle – Studentenausschreibung

- Qualitätssicherung
- Materialbeschaffung
- Materialeinkauf

Akademische Laufbahn

Oktober 2012 – Juli 2015	Gesundheitsmanagement – EC Europa Campus voraussichtlicher Abschluss: Bachelor of Arts
--------------------------	---

Schulbildung

September 2005 – Juli 2012	Robert-Schuman-Gymnasium Saarlouis Abschluss: Allgemeines Abitur
----------------------------	---

Sprachkenntnisse

Französisch	(Grundkenntnisse)
Englisch	(gut)
Spanisch	(gut)

Hobbys & Interessen

Sport

Städtereisen

Musik

Eigenständigkeitserklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und nur unter Verwendung der angegebenen Literatur und Hilfsmittel angefertigt habe. Stellen, die wörtlich oder sinngemäß aus Quellen entnommen wurden, sind als solche kenntlich gemacht. Diese Arbeit wurde in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt.

Ort, Datum

Vorname Nachname